



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

EFFECTOS DE LA FISIOTERAPIA EN MUJERES CON DISPAREUNIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA

Autor: Emma SUAS
emma.suas@uvic.cat

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Tutora: Anna Andreu

Facultad de las Ciencias de la Salud y el Bienestar

4º Curso del grado en Fisioterapia (Grupo M11)

Curso 2021-2022

Vic, mayo de 2022

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	4
1.1. DISPAREUNIA	4
1.1.1. Definición	4
1.1.2. Epidemiología	5
1.1.3. Etiología	6
1.1.4. Clasificación	8
1.1.5. Diagnóstico	10
1.1.6. Tratamiento de la dispareunia	13
1.2. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN FISIOTERAPIA PERINEAL	14
1.2.1. Educación terapéutica	14
1.2.2. Terapia manual	14
1.2.3. Pelvic Floor Muscle Exercise (PFME) o Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)	15
1.2.4. Biofeedback	16
1.2.5. Dilatadores	16
1.2.6. Electroterapia	17
1.2.7. TECARterapia	17
1.2.8. Ondas de choque extracorpóreas	18
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	18
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
3. HIPÓTESIS	20
4. OBJETIVOS	20
4.1. PRINCIPALES	20
4.2. SECUNDARIOS	20
5. METODOLOGÍA	20
5.1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	20
5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	21
5.3. ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	21
5.4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
6. RESULTADOS	23
6.1. REHABILITACIÓN PERINEAL MULTIMODAL	23
6.2. ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS	24
6.3. TERAPIA MANUAL	24
7. DISCUSIÓN	28
8. CONCLUSIÓN	32
9. BIBLIOGRAFIA	33
ANEXO	38
AGRADECIMIENTOS	51
NOTAS DEL AUTOR	51

RESUMEN

Introducción: La dispareunia se define como el dolor que se siente durante las relaciones sexuales. Es la queja sexual más frecuente entre los ginecólogos. Afecta considerablemente la calidad de vida de estas mujeres. Hoy en día, son muchos los descubrimientos que se han hecho en el mundo de la fisioterapia perineal. Parecería que esto puede jugar un papel importante en el tratamiento de estos dolores.

Objetivos: Demostrar el papel de la fisioterapia en esta área buscando los beneficios que esto pueden tener en el tratamiento de la dispareunia.

Metodología: Utilizando las bases de datos PubMed y PEDro, realizamos una selección de artículos según criterios de inclusión y exclusión para poder realizar la revisión bibliográfica.

Resultados: De los 52 artículos presentados, solo 6 fueron elegidos para nuestra revisión. Parecería que el dolor tras las intervenciones de fisioterapia usadas se reduce o elimina. Sin embargo, parecería que los efectos de las intervenciones no son los mismos según el tipo de dispareunia. Además, la fisioterapia mejoraría la función sexual.

Conclusiones: La fisioterapia perineal parece ser un medio de tratamiento no desdeñable en pacientes que padecen dispareunia. Es necesario proceder más estudios más específicos para confirmar esto.

Palabras clave: Dispareunia, terapia física, rehabilitación perineal, mujeres, fisioterapia, relaciones sexuales dolorosas.

ABSTRACT

Introduction: Dyspareunia is defined as pain felt during sexual intercourse. It is the most frequent sexual complaint among gynecologists. It considerably affects the quality of life of these women. Today, many discoveries have been made in the world of perineal physiotherapy. It would seem that this may play an important role in the treatment of these pains.

Objectives: Demonstrate the role of physiotherapy in this area looking for the benefits that this can have in the treatment of dyspareunia.

Methods: Using the PubMed and PEDro databases, we made a selection of articles according to inclusion and exclusion criteria in order to carry out the bibliographic review.

Results: Of the 52 articles submitted, only 6 were chosen for our review. It would appear that pain following the physiotherapy interventions used is reduced or eliminated. However, it would seem that the effects of the interventions are not the same depending on the type of dyspareunia. In addition, physical therapy would improve sexual function.

Conclusions: Perineal physiotherapy seems to be non-negligible means of treatment in patients suffering from dyspareunia. More specific studies are needed to confirm this.

Keywords: Dyspareunia, physical therapy, pelvic floor rehabilitation, women, physiotherapy, painful sexual intercourse.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. DISPAREUNIA

1.1.1. Definición

Según la etimología, la dispareunia corresponde a la dificultad durante el apareamiento. ("dys" la dificultad y "pareunia" el apareamiento). En la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas, la dispareunia y el vaginismo forman parte de la categoría 4 "trastorno de dolor sexual" (1). Se define por el dolor genital asociado con las relaciones sexuales. Es un dolor persistente y recurrente que se puede sentir antes, durante o después de un acto sexual de penetración. Puede ocurrir a cualquier edad y se asocia con mayor frecuencia con el dolor femenino. Sin embargo, ocasionalmente puede ocurrir en hombres (2). Es un dolor que afecta significativamente la calidad de vida de muchas mujeres así como su placer sexual. Estos dolores pueden llegar a impedir cualquier tipo de relación sexual.

La dispareunia es un término que es objeto de mucha controversia y no se define igual para todos. De hecho, varios autores definen la dispareunia de diferentes formas y según diferentes criterios. En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación internacional de enfermedades, la dispareunia es una disfunción sexual. Se asocia con las relaciones sexuales sin ninguna otra especificidad al respecto (2,3). Sin embargo, el DSM-IV-TR la define de acuerdo con 3 criterios:

- Dolor genital recurrente y persistente en hombres o mujeres asociado con el coito
- Consecuencias: angustia o dificultades interpersonales
- No causado exclusivamente por: vaginismo, falta de lubricación, los efectos de una sustancia o una condición médica general (3)

Por el contrario, en la revista titulada « Women's sexual desire and arousal disorders and sexual pain », los autores definen la dispareunia como el dolor percibido durante las relaciones sexuales que implican penetración (4). En cuanto a la definición según Yitzchak et Binik, la dispareunia corresponde al dolor causado durante la penetración, asociado o no a una actividad sexual (3).

La dispareunia puede causar dolor de diferentes intensidades y con diferentes localizaciones. Estas indicaciones permiten determinar la causa (4,5). Aunque la dispareunia causa un impacto físico relacionado con la disfunción sexual, también puede tener implicaciones para la salud mental. De hecho, cuando las relaciones sexuales son dolorosas, puede producirse hipervigilancia. Esto es causado por el

miedo a sentir dolor. Como resultado, puede aparecer ansiedad y causar tensión y contracciones involuntarias de los músculos abdominales y pélvicos (6,7).

Además, la dispareunia es causada y mantenida por varios factores. Un abordaje terapéutico multidisciplinario es importante para garantizar una atención completa y eficaz a estas mujeres (7).

1.1.2. Epidemiología

Los problemas sexuales en las mujeres son mucho más comunes de lo que cree. De hecho, según una revisión sistemática de 2018, el 41% de las mujeres en edad fértil se ven afectadas en todo el mundo. Además, se ha observado que en países desarrollados como Europa y América del Norte, el porcentaje de disfunción sexual es inferior al 40%. Por el contrario, en los países menos desarrollados, este índice es superior al 40% (7). Sin embargo, independientemente del país, la tasa de disfunción sexual en las mujeres sigue siendo alta y representa un problema de salud que no se tiene suficientemente en cuenta.

Según estudios, parece que las mujeres son las más afectadas cuando se trata de trastornos de las relaciones sexuales (2,8). Se demostró en un estudio de los Estados Unidos, las mujeres tenían más probabilidades de tener disfunción sexual (43%) en comparación con los hombres (31%) (8).

En cuanto a la prevalencia de dispareunia en mujeres, existe una gran variación. De hecho, su prevalencia es del 1% al 45% dependiendo de los estudios realizados (2) (9-13). Esta gran variación se debe a varios factores que dificultan establecer la prevalencia. La primera es que la definición de dispareunia no es la misma para todos los estudios. Dependiendo de esto, los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia no serán los mismos de un estudio a otro. Otro factor que contribuye a esta variación es la población muestreada. Finalmente, la conceptualización del estudio así como su análisis de los resultados también representan un criterio de variación (2,14). Agregue a estos factores que hay muchas mujeres que experimentan este dolor y guardan silencio. De hecho, dependiendo de las culturas, experiencias y sociedad en la que residan, no necesariamente se sienten cómodos o legítimos para hablar de estos dolores (14,15).

La incidencia de dispareunia en mujeres cuando usamos el término de forma general es del 60% (16).

1.1.3. Etiología

Hay muchas causas que pueden provocar dispareunia. De hecho, la etiología de estos dolores es multifactorial. Puede aparecer y ser inducida por factores biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, es complicado determinar la causa precisa de estos dolores. Debido a esta variabilidad, los resultados del examen físico no serán los mismos de una causa a otra (8,18).

Después de revisar varios artículos, pudimos establecer la siguiente tabla agrupando las diversas causas posibles (5,14,16)(18-20).

TABLA 1. Causas posibles de dispareunia

CAUSAS	EJEMPLOS
ANATÓMICOS / ESTRUCTURALES	Disfunción muscular del suelo pélvico Retroversión uterina Restos de himen Prolapso de órganos pélvicos Atrofia vaginal
INFLAMATORIOS	Liquen plano Esclerosis múltiple Liquen simplex Psoriasis Enfermedad inflamatoria intestinal Endometriosis Síndrome de Sjogren Lubricación inadecuada Vulvodinia Enfermedad pélvica inflamatoria
INFECCIOSOS	Infecciones perivaginales y pélvicas: Uretritis Vaginitis Gonorrea Clamidia Candida Tricomoniasis Vaginosis bacteriana Herpes Endometritis Infección de la glándula de Bartholin
NEOPLÁSICOS	Tumores neoplásicos-pélvicos (aparato reproductor, tracto urinario, recto / anal) Tratamiento de tumores malignos (radioterapia, quimioterapia)
TRAUMÁTICOS	Lesión posparto o cirugía perineal Cirugía gineológica Fisuras anales Lesión perineal traumática (MGF) Cicatrices vaginales Adherencias pélvicas

CAUSAS	EJEMPLOS
HORMONALES	Lubricación inadecuada debido a la píldora anticonceptiva o la menopausia.
PSICOSOCIALES	Vaginismo Historia de abuso de sexual Violencia doméstica Ansiedad Depresión Excitación sexual inadecuada
IDIOPÁTICOS	Sin causa identificable (fibromialgia, síndrome de dolor vulvar)
OTROS	Diabetes Síndrome de Behcet Patologías neuropáticas Medicamentos

Además, dependiendo de su clasificación, las etiologías del mismo no son las mismas. En la dispareunia súbita o primaria, la causa puede tener un origen más psicosexual. Cuando se trata de dispareunia con inicio progresivo de síntomas, se puede pensar que la causa es física o anatómica (19-21) (anexo 1).

Por otro lado, una revista cubana abordó todas las posibles etiologías en función de la ubicación de la dispareunia (superficial o profunda). Hemos recogido los datos de esta revisión en la tabla siguiente (21).

TABLA 2. Causas posibles de dispareunia según su localización

LOCALIZACIÓN	CAUSAS	EJEMPLOS
SUPERFICIAL	ORGÁNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Infeccioso (vulvovaginitis, ITS) - Medicamentos (irritación, sequedad vaginal, alergia) - Enfermedades vulvares (vulvodinia, quiste de Bartholino y skenitis, distrofia vulvar, dermatosis, liquen escleroatrófico, cáncer de la vulva) - Posmenopausia (atrofia, sequedad vaginal) - Cirugías (cicatrices, secuelas obstétricas, episiorrafia, cesárea, deformidad del orificio vaginal) - Trastornos urológicos y gástricos (uretritis, cistitis intersticial, síndrome premenstrual, estreñimiento crónico, proctitis) - Trastornos neurológicos (lesión del nervio pudendo, esclerosis múltiple) - Trastornos musculares (híper o hipo tonicidad del suelo pélvico) - Inmunológico (liquen escleroatrófico, síndrome de Sjögren)
	PSICOSEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés, ansiedad - Educación sexual febril

LOCALIZACIÓN	CAUSAS	EJEMPLOS
PROFUNDO	ORGÁNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones (ITS, enfermedad inflamatoria pélvica, hidrosálpinx o piosálpinx, plastrón pélvico, ooforitis, cervicitis crónica, traumatismo cérvix repetido) - Enfermedad pélvica (endometriosis, dismenorrea discapacitante crónica, tumores ováricos, tumores pélvicos, fibromas, flemón pélvico, congestión pélvica) - Posquirúrgica (adherencias, fibrosis cicatricial, plastia vaginal) - Congénito (séptum vaginal incompleto, anomalías de los genitales internos o agenesia) - Trastornos urológicos (cistitis intersticial) - Trastornos gástricos (síndrome del intestino irritable, estreñimiento crónico, enfermedad diverticular, colitis ulcerosa) - Trastornos neurológicos (síndrome de compresión del nervio cutáneo abdominal) - Anatómico (retroversión del útero)
	PSICOSEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sexual febril (desconocimiento, culturas, mala información, tabúes) - Eventos traumáticos (experiencias sexuales dolorosas, agresión sexual) - Aspectos relacionales (conflictos, poco tiempo permitido, alteraciones de la excitación)

1.1.4. Clasificación

Según diferentes autores, existen diferentes clasificaciones para la dispareunia. De hecho, se puede clasificar según el momento de inicio del dolor, la ubicación del dolor o el contexto en el que aparece. El uso de esta clasificación facilita tanto la realización del diagnóstico como su tratamiento (5,21). Sin embargo, es menos probable que la clasificación primaria / secundaria reduzca el diagnóstico diferencial (5).

Clasificación según el momento de inicio de la dispareunie

- **Primaria**

Hablamos de dispareunia primaria cuando el dolor se produce desde el momento del primer coito (5,14)(21-23). Este término se utiliza a menudo cuando la dispareunia tiene una causa psicosexual (19).

- **Secundaria**

La dispareunia secundaria es cuando el dolor se presenta después de varias actividades sexuales sin dolor (5,14)(21-23). Esto aparecerá gradualmente. En estos casos, pensaremos en una causa de origen físico u orgánico (19).

Clasificación según la ubicación del dolor

- **Superficial**

Cuando hablamos de dispareunia superficial, la asociamos con el dolor que se siente en la entrada de la vagina o en la zona vulvovaginal durante la penetración. La especificidad de esta categoría es que el dolor aparecerá durante el inicio de la penetración (5,14,21,22).

- **Profundo**

La dispareunia profunda se define como el dolor experimentado durante la penetración vaginal profunda o durante los movimientos del coito (5,21,22). Estos dolores a menudo se localizan en la parte inferior de la vagina o en la parte inferior del suelo pélvico (14).

Clasificación según el contexto de aparición de dispareunia

- **Generalizado**

Se dice que la dispareunia es generalizada cuando ocurre independientemente de la situación o de la pareja (21,22). En otro artículo, define esta categoría como dolor que involucra toda la vulva (23).

- **Situacional**

Hablamos de dispareunia situacional cuando se produce durante una situación concreta o con una pareja determinada. Puede ser una posición durante el coito, una acción específica o un estímulo particular (21,22). En otro artículo, se denomina « localizada » e implica tener dolor en un área específica de la vulva (clítoris, vestíbulo vulvar) (23).

1.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico es una herramienta necesaria para el correcto manejo de sus pacientes. De hecho, permitirá establecer un tratamiento adaptado a las necesidades y problemas analizados durante el mismo. La realización del diagnóstico es fundamental y debe hacerse sin juzgar y con total transparencia. La comunicación y la comprensión son elementos cruciales en su aplicación.

1. Anamnesis

Primero, el diagnóstico consiste en la historia. Esta entrevista clínica proporciona una gran cantidad de información imprescindible para un correcto manejo. Además, permite establecer un vínculo de confianza y apertura entre la paciente y el profesional sanitario antes de realizar la segunda parte del diagnóstico, la exploración física. La anamnesis debe efectuarse con el consentimiento de la paciente, sin juicio y con escucha activa (2,5,14,16,20). Es importante que el fisioterapeuta haga preguntas directas, pero, también abiertas para que la paciente se sienta escuchada (16).

Para que la historia sea completa, primero debe constar de preguntas generales sobre la historia médica y quirúrgica de la paciente, luego su historia ginecológica, obstétrica y urológica, y finalmente preguntas más específicas sobre su historia sexual (5).

Cuando se ha mencionado la dispareunia, se puede realizar un cuestionario más específico que aborde varios puntos que la conciernen. Esto ayudará a comprender mejor la causa de este síntoma para poder tratarlo mejor. El terapeuta debe incluir preguntas específicas sobre el dolor (duración, intensidad, ubicación, factores agravantes y mejorados, componente físico o psicológico asociado), preguntas sobre su historia sexual y sus relaciones personales (2,5,14,16,20).

2. Examen físico

Después de hablar con la paciente, el terapeuta debe realizar un examen físico completo. Esto se puede hacer en la próxima consulta si la paciente no se siente preparada o no la suficientemente cómoda (5,16). Esta atención médica establecerá un vínculo de confianza con el profesional sanitario y hará que la paciente comprenda que tiene el control de la situación (20). Es importante establecer una buena comunicación con la paciente. Debe conocer el procedimiento y consentir el examen (2,20). Además, la paciente debe saber que esta exploración física se puede detener en cualquier momento que desee (20). También, parecería que para tranquilizar y

educar la paciente, es útil proceder al examen clínico con un espejo. Esta acción proporcionará a la paciente conocimientos sobre sus estructuras o funciones genitales y la involucrará en el progreso de la evaluación (14,16). Asimismo, es importante preguntarle a la paciente si durante el examen sus síntomas reaparecieron y, de ser así, en qué circunstancias (16).

La exploración física se realiza de forma progresiva y se divide en varias partes, que desarrollaremos a continuación.

- **Examen abdominal**

En primer lugar, se realiza una inspección visual para detectar la presencia de cicatrices, signos de laparoscopia previa o de cirugía abdominal. Posteriormente, se hace una palpación para determinar las zonas dolorosas. La palpación permitirá examinar su tamaño, sensibilidad y movilidad (20). Es importante también interesarse por el estado de la musculatura abdominal. Para evaluarlo se utiliza la escala de Oxford.

- **Examen vulvar/vaginal**

La primera parte de este examen es la observación. El profesional sanitario inspeccionará las estructuras externas e internas (labios mayores, labios menores, zona vestibular, ano y orificio uretral) (5,14). Para ello, el profesional puede separar ligeramente y suavemente los labios (20). El profesional debe observar el aspecto de la piel y buscar si hay lesiones, decoloración, atrofia, hipertrofia, secreción, sequedad, episiotomías y prolapsos (5,14)(16,20).

A continuación, el profesional realizará una prueba de puntos de presión con un bastoncillo de algodón humedecido. Esta prueba permitirá identificar con mayor precisión el origen del dolor o las zonas de mayor sensibilidad (5,16,20). Las zonas no dolorosas o sensibles deben evaluarse en primero (cara interna del muslo, nalgas y monte pubis). El examen puede entonces progresar hacia zonas más dolorosas. Si el dolor está presente en todas partes, significa que la dispareunia es generalizada. Si el dolor se produce en zonas concretas, es una dispareunia localizada (20).

Una vez completados estos dos pasos, el terapeuta procede a la palpación. Durante este examen, el profesional debe realizar una suave palpación con un dedo para maximizar la comodidad de la paciente (2,5,16,20). Las áreas a evaluar son:

- Membranas mucosas a nivel del orificio de entrada: Estas zonas pueden presentar nódulos de sutura encapsulados o granulomas en personas con dispareunia postnatal (20).
- Uretra y vejiga: Esta zona puede ser dolorosa en personas con síntomas urológicos. Puede sugerir la presencia de un divertículo uretral o una cistitis intersticial (5,16) (20).
- Nervio pudendo: Esta puede ser una zona sensible para las personas con síntomas relacionados con el daño nervioso. El dolor durante la palpación puede indicar una neuralgia pudenda (20).
- Cuello uterino (5,20).
- Zona muscular: Es importante prestar atención al tono y a la fuerza muscular. El fisioterapeuta debe observar las posibles tensiones musculares y a las capacidades de contraer los músculos voluntariamente. Un déficit muscular en esta zona puede demostrar una disfunción muscular del suelo pélvico (5,16).

- **Exámenes complementarios**

Tras realizar la anamnesis y la exploración física, el fisioterapeuta ya ha obtenido la mayor parte de la información necesaria para el correcto tratamiento de la paciente. Sin embargo, en caso de que se necesite más información para el diagnóstico, es posible realizar otros exámenes como una ecografía pélvica. Este examen permite evaluar la posición de los órganos así como la musculatura pélvica. Puede ser útil en los casos en que se sospecha de endometriosis (20).

- **Pruebas adicionales**

Adicionalmente, se pueden utilizar diversas pruebas para profundizar y completar el diagnóstico clínico (14)(20-21):

- Pruebas para evaluar la disfunción sexual
 - Femal Sexual Function Index (FSFI)
 - Sexual Function Questionnaire (SFQ)
 - Female Sexual Distress Scale (FSDS)
 - Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)
- Prueba para evaluar la sensibilidad al dolor
 - Prueba sensorial cuantitativa (QST)
- Prueba para evaluar el suelo pélvico
 - Initial Measurement of Patient-Reported Pelvic Floor Complaints Tool (IMPACT)
 - Escala PERFECT

1.1.6. Tratamiento de la dispareunia

El manejo multidisciplinario es esencial cuando una paciente presenta dispareunia. De hecho, deben tenerse en cuenta "todos los aspectos del dolor" para garantizar que se proporciona el tratamiento óptimo para cada paciente. Además, es importante tener en cuenta el aspecto crónico de la dispareunia (14). Asimismo, el tratamiento se dirigirá en función de la causa identificada durante los exámenes anteriores. Estas evaluaciones también ayudarán a establecer el equipo multidisciplinario (21). Puede incluir un ginecólogo, un fisioterapeuta, un urólogo, un gastrologo, profesionales de la salud mental con formación en sexología y profesionales de la salud mental especializados en dolor crónico (14,21).

Se puede utilizar un modelo llamado PLISSIT para tratar a las pacientes con dispareunia. Este modelo aborda la salud sexual de cuatro maneras: autorización, información limitada, sugerencias específicas, terapia intensiva (2,8)(ver anexo II).

Las opciones de tratamiento para la dispareunia pueden ser (8,14,21):

- **Farmacológico:** en función de la causa identificada, se adaptará el tratamiento farmacológico. Esto puede incluir antidepresivos, tratamiento hormonal, AINE, antibióticos, antifúngicos, antivirales, lubricantes vaginales, inhibidores del crecimiento celular (en el caso de las verrugas genitales), alternativas anticonceptivas, inyecciones de bótox.
- **Fisioterapia del suelo pélvico:** educación terapéutica, kegels, biofeedback, dilatadores, electroterapia, tecarterapia, terapia manual. La fisioterapia en esta zona trata la hipo o hipertonicidad del suelo pélvico y reeduca los receptores del dolor.
- **Psicoterapia:** terapia sexual, educación sexual. Estas terapias abordan los factores psicológicos, relacionales y sociales de la dispareunia.
- **Terapia cognitivo-conductual:** Permite a las pacientes reducir su dolor y recuperar la funcionalidad sexual cambiando sus pensamientos negativos. Esta técnica se basa en la reestructuración cognitiva para que puedan integrar nuevos pensamientos y comportamientos más adaptativos para gestionar su dolor.
- **Cirugía:** Este tratamiento suele estar indicado en casos graves o cuando los métodos conservadores no han sido eficaces.

1.2. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN FISIOTERAPIA PERINEAL

1.2.1. Educación terapéutica

Según un informe elaborado por la OMS en 1998, la educación terapéutica se utiliza para ayudar a los pacientes a adquirir las competencias y habilidades adecuadas para gestionar su enfermedad crónica de forma independiente y tener una mejor calidad de vida (24). En el caso de la dispareunia, esta educación terapéutica es aún más importante debido al desconocimiento que tienen las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad (25). La ETP puede reducir la vergüenza relacionada con este tema que sigue siendo muy tabú en muchas sociedades. El papel del fisioterapeuta le permite proporcionar información y asesoramiento a estas pacientes (26,27). Puede tratarse de consejos sobre el estilo de vida (productos de higiene vulvar, posiciones sexuales), métodos para reducir el estrés, descubrimiento de su anatomía y fisiología corporal, especialmente de los músculos del suelo pélvico (27).

Aunque la eficacia de la educación terapéutica no se ha evaluado individualmente, se sabe que la combinación con otros métodos es indispensable (27). Además de ser beneficioso para estos pacientes, también es, para el profesional sanitario que, a través de esta técnica, comprende con mayor profundidad a sus pacientes, sus necesidades y el origen de su problema.

1.2.2. Terapia manual

La terapia manual es un enfoque no invasivo que puede utilizarse en el tratamiento de la dispareunia. En la práctica general de los fisioterapeutas, la terapia manual tiene como objetivo aumentar la fuerza muscular y la movilidad articular, movilizar los tejidos blandos, relajar la zona, disminuir el dolor y mejorar la función. Para ello, en la rehabilitación perineal, el fisioterapeuta puede practicar diversas técnicas basadas en (37):

- Estiramientos
- Movilización de tejidos (articulares, blandos, cicatrizales)
- Masaje intravaginal (masaje Thiel (38))
- Técnicas para liberar puntos gatillo musculares
- Técnicas de liberación miofascial

Como resultado, estas prácticas proporcionan muchos beneficios, como la relajación muscular, una mejor vascularización de la zona, una mayor movilidad y una reducción del dolor. Además, estos métodos permiten ablandar los tejidos y desensibilizarlos. A

través de la terapia manual, se pueden realizar correcciones posturales. Por lo tanto, puede ser interesante incluirlo en el tratamiento de la dispareunia (17,27,36,37,39).

No obstante, todavía hay pocos estudios que revelen la eficacia de esta terapia. Asimismo se ha señalado que la terapia manual puede ser una técnica incómoda y muy dolorosa para estas pacientes. Además, los estudios realizados no explican las técnicas utilizadas ni el protocolo a seguir. La mayoría de los artículos son de metodologías variables. El tema aún no es lo suficientemente preciso como para definir las técnicas más eficaces en el tratamiento de la dispareunia (27,37).

1.2.3. Pelvic Floor Muscle Exercise (PFME) o Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)

Los músculos del suelo pélvico están formados por:

- Músculos profundos:
 - Elevador del ano (pubococigeo, puborecta, iliococigeo)
- Músculos superficiales
 - Transverso profundo y superficial del periné
 - Isquicavernosos
 - Bulboesponjoso

Estos músculos mantienen y sostienen los órganos pélvicos en su sitio y evitan la incontinencia o el prolapso. Sin embargo, estos músculos pueden debilitarse por muchas razones (parto, embarazo, cirugía, envejecimiento) (28). Por lo tanto, los ejercicios de Kegel ayudan a fortalecer todos estos músculos para garantizar la estabilidad del diafragma pélvico. Además, según algunos autores, estos ejercicios mejorarían la función sexual. No obstante, el dolor no se reduce. De hecho, la función sexual no está simplemente relacionada con el dolor. Varios componentes lo constituyen (28,29).

Los ejercicios de Kegel no se realizan según un protocolo preciso. Se adaptan en función de las necesidades de cada paciente (número de repeticiones, número de series, duración de la contracción). Los puntos clave que hay que tener en cuenta a la hora de aplicar este tipo de ejercicio son (28):

- Identificar los músculos afectados
- Contracción adecuada
- Repeticiones

1.2.4. Biofeedback

El biofeedback es una herramienta que permite a los pacientes tener y sentir información biológica en tiempo real. La técnica ayuda a reintegrar el esquema corporal perdido o desconocido (30). En la rehabilitación del suelo pélvico, este método puede ser muy útil. En efecto, permite a las pacientes utilizar correctamente sus músculos mejorando su conciencia corporal. Como resultado, se ha observado una reducción del dolor en algunos estudios (17,27,31). Además, en un artículo sobre la rehabilitación con este método, se explica que el biofeedback con imágenes de ultrasonido en tiempo real (RTUS) ha demostrado ser útil en el tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Esto permite tener una visualización de lo que está sucediendo en nuestro cuerpo en tiempo real (30) En esta práctica, se equipa a la paciente con una sonda vaginal con sensores que se conectan a una pantalla. Se pide a la paciente que active su periné según las indicaciones solicitadas. Dependiendo del trabajo de parto deseado, la intensidad y la duración de las contracciones variarán.

En el caso de la dispareunia, esta herramienta permite que la mujer aprenda a contraer y relajar toda la musculatura que conforma el suelo pélvico. Como resultado, reduciría las contracturas y por lo tanto el dolor.

1.2.5. Dilatadores

Los dilatadores vaginales pueden utilizarse cuando una paciente experimenta dispareunia. Se ha comprobado que estos dispositivos vaginales son más eficaces cuando se aplican junto con otras terapias. El dilatador vaginal es un dispositivo médico de forma cilíndrica y textura suave. El diámetro y el tamaño de esta herramienta varían en función del estadio de la paciente. Estas medidas pueden aumentarse gradualmente a medida que avanza el tratamiento. El objetivo es que la paciente no sienta dolor en la penetración. Se trata de una terapia que puede ser guiada por un profesional o realizada de manera independiente en casa. Se utiliza por vía vaginal para relajar los músculos del suelo pélvico. Aumenta la anchura, la longitud y la elasticidad del tejido vaginal. Además, se ha demostrado que esta terapia desensibiliza la zona y reduce considerablemente el dolor. La ansiedad también es uno de los componentes que mejoran con el uso de este dispositivo (27)(32-34).

Sin embargo, el uso de esta técnica puede tener efectos secundarios. Puede aparecer la ansiedad y el miedo ante la idea de sentir el mismo dolor durante las relaciones sexuales durante este tratamiento. Los pacientes también pueden sentirse avergonzados por la situación y sentir una invasión de su intimidad. El

desconocimiento y la mala explicación del procedimiento pueden tener un efecto negativo en estos pacientes con respecto a esta terapia. Por lo tanto, es importante establecer una buena educación y comunicación terapéutica para una mejor adherencia a los dilatadores vaginales (32). Además, parece que las modalidades de su uso en la dispareunia son limitadas (34).

1.2.6. Electroterapia

La electroterapia también es una opción de tratamiento para la dispareunia. El dispositivo consiste en una sonda vaginal o en electrodos colocados en la piel que transmiten una corriente eléctrica de baja frecuencia. Esta práctica no debería causar ningún dolor.

En la rehabilitación perineal, existen diferentes formas de utilizar la electroterapia. Cuando el objetivo es reducir el dolor, se utiliza la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). El impulso eléctrico se enviará al nervio en cuestión para detener la transmisión de la señal de dolor que va originalmente al cerebro. También existe la estimulación muscular eléctrica, que se emplea para fortalecer los músculos. Los impulsos eléctricos se envían directamente a los músculos. Este método se usa a menudo después de una lesión para rehabilitar el músculo.

Según diversos estudios de investigación, el método de electroterapia más evaluado y utilizado para el tratamiento del dolor genito-pélvica es el TENS. De hecho, su principal objetivo es inhibir y reducir el dolor. Este método parece ser eficaz en el tratamiento de la dispareunia (17,27).

1.2.7. TECARterapia

La TECAR terapia (Transfer of Energy Capacitive and Resistive) es una herramienta que ha aparecido recientemente en el mundo de la salud. El objetivo de esta herramienta es mejorar las condiciones de rehabilitación muscular y articular mediante la estimulación de los mecanismos de reparación de los tejidos propios del organismo. Esta terapia se utiliza para reducir el dolor en diversas partes del cuerpo humano. Esta herramienta consiste en una sonda o placa a través de la cual se transmite una corriente de alta frecuencia. Esto provocará diferentes efectos biológicos (químicos, térmicos y mecánicos), permitiendo así la regeneración de los tejidos.

Esta terapia está empezando a aparecer en el campo de la rehabilitación perineal. Permitiría la cicatrización de los tejidos, la reducción del dolor perineal así como la

tonificación de los músculos pélvicos. Es una herramienta de trabajo a utilizar como complemento al tratamiento aplicado. Su eficacia es mayor cuando se utiliza la TECAR con otras técnicas. Existen muy pocos estudios al respecto, pero según un estudio realizado, parece que la TECAR permitiría reducir el dolor en caso de dispareunia (35).

1.2.8. Ondas de choque extracorpóreas

Las ondas de choque extracorpóreas son una herramienta utilizada para reducir el dolor físico. Es un dispositivo no invasivo que ha demostrado ser efectivo en una variedad de situaciones. La terapia de ondas de choque extracorpóreas consiste en enviar ondas acústicas de alta intensidad para inducir una reacción metabólica. Como resultado, esta acción reduciría el dolor y aumentaría la velocidad de curación. Para ello, el fisioterapeuta utiliza un aparato con una punta que varía según la zona a tratar. El terapeuta aplicará las ondas con esta punta, pasando sobre las zonas doloridas a tratar.

Las ondas de choque extracorpóreas se utilizan para los trastornos articulares degenerativos dolorosos, la curación de fracturas y los trastornos musculares. Según un estudio, parece que esta técnica es efectiva en mujeres con dispareunia (42).

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La dispareunia es un síntoma más común de lo que se cree. Resulta que la queja sexual más frecuente expresada a los ginecólogos es la dispareunia. A menudo no se reconoce y se trata mal (2). Afecta considerablemente a la calidad de vida de estas mujeres. De hecho, pueden producirse muchas consecuencias desde el punto de vista físico, psicológico, relacional y social. Estas mujeres pueden experimentar una pérdida de confianza y dificultades en sus relaciones (20).

Debido a diversos factores (creencias, culturas, experiencias), la dispareunia sigue siendo un tema poco discutido y tabú en la sociedad y en el mundo de la salud. Muchas mujeres no perciben la dispareunia como un problema de salud que requiera alguna intervención o no saben que tiene una solución no médica. Por lo tanto, pocas mujeres consultan un terapeuta (20). Para otras mujeres, la vergüenza y el pudor les impiden expresar su queja. Además, se ha observado que piensan que este problema no puede ser resuelto por un fisioterapeuta (2). En consecuencia, de estos indicios se desprende que existe una falta de interés por el apartado de la sexualidad en el mundo

de la salud, así como una falta de comunicación sobre este punto (40). Pocos profesionales de la salud se sienten capacitados para tratar este tipo de problemas (2).

Por último, la dispareunia es un síntoma complejo de evaluar y tratar. Las pacientes con dispareunia deben ser tratadas por un equipo interdisciplinar para garantizar un tratamiento adecuado. Por lo tanto, no hay que descuidar la intervención de un fisioterapeuta. En los últimos años, se han realizado numerosos descubrimientos en el campo de la rehabilitación pélvica. Permiten mejorar el dolor pélvico, incluidos durante las relaciones sexuales. Gracias a estos descubrimientos y a la formación recibida en relación con el suelo pélvico, el fisioterapeuta también ocupa un lugar que le permite ser un actor importante en el tratamiento de la dispareunia (2,20,41).

En esta revisión bibliográfica, estudiaremos varios artículos para demostrar el papel del fisioterapeuta en el tratamiento de la dispareunia. Evaluaremos y analizaremos los efectos de la rehabilitación perineal sobre el dolor coital. De este modo, podremos definir los beneficios de las diferentes terapias utilizadas, así como sus limitaciones.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a la formulación de la pregunta de investigación, utilizamos el método PICO (paciente, intervención, comparación, observación) para lograrlo. Por lo tanto, la pregunta de investigación es:

En pacientes con dispareunia, ¿puede la fisioterapia reducir el dolor y mejorar la función sexual?

TABLA 3. Pregunta de investigación según el método PICO

PACIENTE	Mujeres con dispareunia
INTERVENCIÓN	Rehabilitación perineal
COMPARACIÓN	Grupo con intervención y grupo control
OBSERVACIÓN	Dolor y función sexual

3. HIPÓTESIS

Las intervenciones que se ofrecen como parte de la rehabilitación perineal juegan un papel importante en la reducción del dolor causado por la dispareunia en las mujeres.

4. OBJETIVOS

4.1. PRINCIPALES

- Evaluar qué intervenciones son más efectivas para el tratamiento de la dispareunia en mujeres.
- Analizar la reducción del dolor y la mejora de la función sexual según las intervenciones de rehabilitación del suelo pélvico propuestas para la dispareunia.

4.2. SECUNDARIOS

- Determinar los posibles efectos adversos causados por las diferentes intervenciones de rehabilitación perineal en mujeres con dispareunia.
- Analizar las posibles variables que influyen en la elección del tratamiento.
- Observar las posibles barreras que impiden la realización de la rehabilitación perineal en el contexto de la dispareunia

5. METODOLOGÍA

5.1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo evaluar los efectos de diversas técnicas de rehabilitación perineal en el marco de la atención a las mujeres que presentan dispareunia con el fin de demostrar el papel del fisioterapeuta en este campo. Gracias a la búsqueda de artículos realizada en diversas bases de datos, podemos analizarlos para afirmar o refutar nuestra hipótesis.

Para la búsqueda de artículos utilizaremos las siguientes bases de datos: PubMed, PEDro, Cochrane.

5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS	VARIABLES	CRITERIOS DE SELECCIÓN
INCLUSIÓN	Población	- Mujeres - Todo tipo de dispareunia - Todo tipo de etiologías de dispareunia
	Intervenciones	Técnicas de fisioterapia perineal
	Tipos de estudios	Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, meta-análisis
	Fecha de publicación	Data de los últimos 5 años
	Idioma de estudios	Inglés, español, francés
EXCLUSIÓN	Población	- Estudios de mujeres con menopausia - Estudios de mujeres con cáncer
	Intervenciones	Todas las intervenciones que no pertenecen al campo de la fisioterapia
	Tipos de estudios	Artículos que no ofrecen el texto completo.

5.3. ECUACIÓN DE BÚSQUEDA

TABLA 4. Ecuación de búsqueda con las tres plataformas de datos

PLATAFORMAS DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE RESULTADOS ANTES DE LOS FILTROS	FILTROS	NÚMERO DE RESULTADOS DESPUÉS DE LOS FILTROS
PubMed	- "Dyspareunia/rehabilitation"[Majr] - ("Dyspareunia"[Majr]) AND "Physical Therapy Modalities"[Majr] - ("Dyspareunia"[Majr]) AND "Musculoskeletal Manipulations"[Majr]	28	Data de los últimos 5 años	12
PE德罗	Dyspareunia	24	Publicado desde 2017	8
Cochrane	"Dispareunia" AND "Fisioterapia"	0		0

5.4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta búsqueda de artículos nos permitió obtener 52 artículos sobre fisioterapia en el tratamiento de la dispareunia gracias a las bases de datos PubMed y PEDro. Con Cochrane, no obtuvimos artículos. Cuando hemos aplicado el filtro "fecha de los últimos 5 años", hemos excluido 32 artículos. Después de eliminar los artículos duplicados, solo quedaron 17 artículos. Según nuestros criterios de inclusión y exclusión, hemos excluido 5 artículos después de leer sus títulos y resúmenes. Finalmente, para finalizar, tras la lectura completa de los artículos restantes, seleccionamos 6 artículos para la realización final de esta revisión bibliográfica.

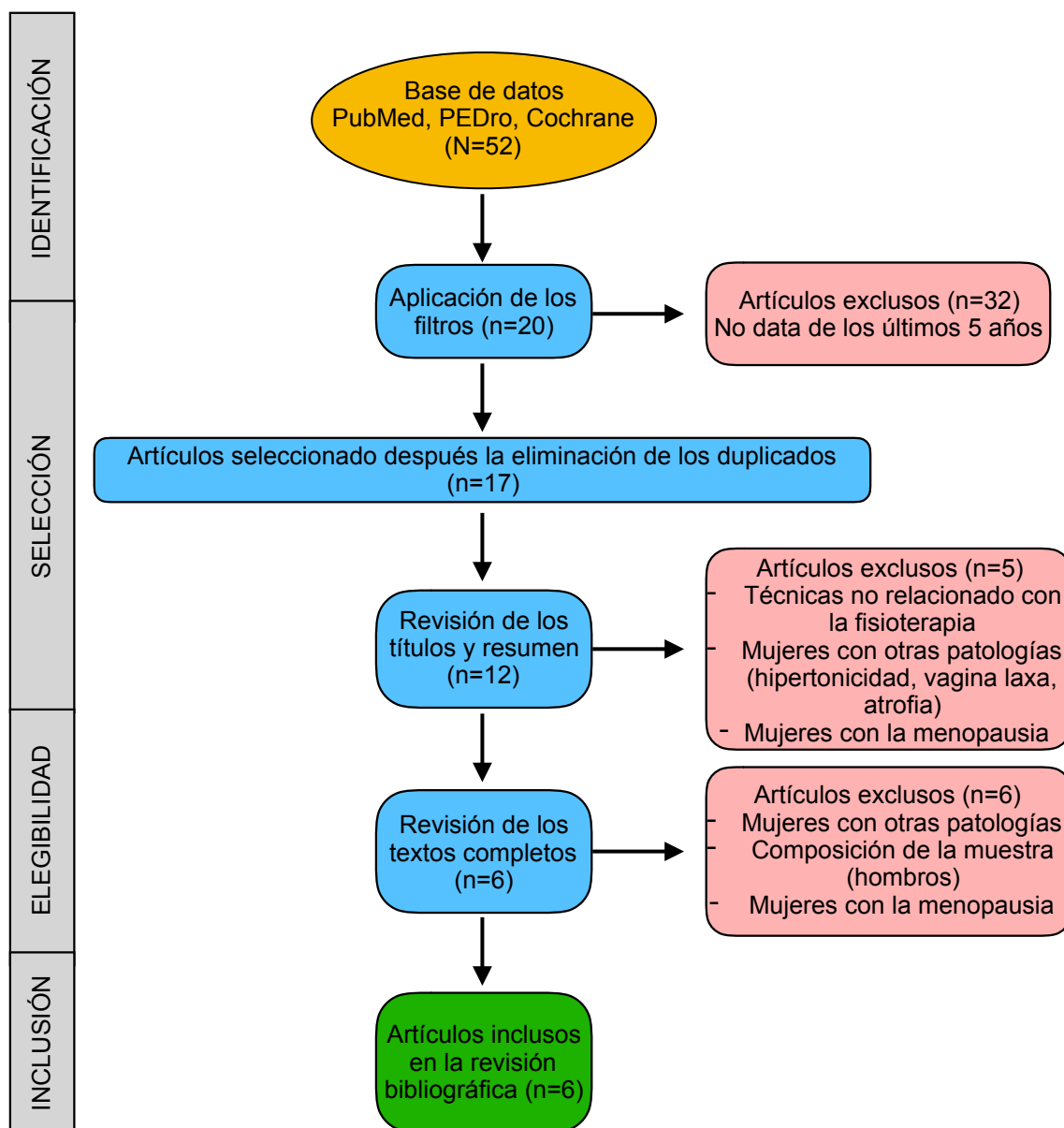


Figura 1. Diagrama flujo PRISMA

6. RESULTADOS

Para explicar los resultados obtenidos tras la búsqueda de artículos, hemos optado por dividir esta parte según las intervenciones realizadas. De esta forma, podremos explicar los resultados de las distintas intervenciones de fisioterapia utilizadas en el tratamiento de la dispareunia. Además, para completar esta explicación hemos elaborado una tabla en la que se ha agrupado la información más reveladora de cada uno de ellos (tabla 5).

6.1. REHABILITACIÓN PERINEAL MULTIMODAL

Los dos artículos seleccionados evalúan la efectividad de una intervención multimodal en el tratamiento de la dispareunia. El primero es un estudio prospectivo casi experimental formado por 37 participantes con una edad media de 41,5 años. Estas pacientes debían realizar 8 sesiones de fisioterapia consistentes en 30 minutos de ejercicios musculares del suelo pélvico asistidos por biofeedback y 15 minutos de aplicación de radiofrecuencia bipolar capacitiva resistiva a nivel suprapúbico y perineovaginal. Este estudio mostró una reducción significativa del dolor gracias a la escala EVA pasando de una puntuación de 7,27 a 3,75. Además, se observó una mejora en la fuerza muscular máxima (25,56 mmHg a 35,35 mmHg) y media (4,86 mmHg a 7,18 mmHg) del suelo pélvico. No se observaron efectos adversos. Por tanto, este tratamiento multimodal parece ser eficaz en el tratamiento de la dispareunia en mujeres (35).

El segundo artículo es un ensayo clínico controlado aleatorizado. Está formado por 64 pacientes con dispareunia. Estas mujeres se dividieron en dos grupos: el grupo experimental (20-25 minutos de TENS de alta frecuencia, 15-20 minutos de terapia manual, ejercicios del suelo pélvico, educación terapéutica) y el grupo control (sin intervención). Para el grupo experimental, cada participante debía realizar 10 sesiones de fisioterapia (1 sesión por semana durante 3 meses) así como un programa de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico para realizar en casa. Se observó una clara mejora en el grupo experimental en comparación con el grupo de control. De hecho, ya sea en términos de dolor, puntaje FSFI o fuerza muscular, el puntaje cambió significativamente para el grupo experimental. No se han mencionado efectos adversos con respecto a esta práctica (17).

6.2. ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS

El artículo elegido para las ondas de choque extracorpóreas, fue estudio prospectivo aleatorizado doble ciego controlado con placebo. Las 61 participantes tenían la particularidad de tener dispareunia por lo menos 3 meses durante los últimos 6 meses. Estas se dividieron en dos grupos diferentes, un grupo experimental (n=30) y un grupo de control (n=31). Las mujeres del grupo de intervención recibieron ondas de choque a nivel perineal cada semana. Se asignaron 4000 pulsos por semana durante 4 semanas. La densidad de flujo de energía se fijó en 0,35 mJ/mm², frecuencia 4 Hz, zona focal 0-30 mm, eficacia terapéutica 0-90 mm y stand-off II. Se realizaron 500 pulsos en cada una de las 8 áreas definidas (alrededor de la vulva y perineo). Se observó a partir de las escalas EVA y Marinoff dispareunia scale que las ondas de choque provocaron una mejoría en el dolor para el grupo experimental. El artículo no menciona ningún efecto adverso (42).

6.3. TERAPIA MANUAL

Los 3 artículos evaluados abordan el tratamiento de la dispareunia mediante terapia manual. El primero es un ensayo clínico abierto, paralelo y no aleatorizado compuesto por 18 pacientes con la particularidad de ser reproductivas y sexualmente activas con dispareunia. Estas mujeres se dividieron en dos grupos, un grupo de dispareunia (n=8) y un grupo de dispareunia relacionada con dolor pélvico crónico (n=10). Durante 4 semanas, los dos grupos tuvieron 1 sesión de fisioterapia por semana consistente en 5 minutos de masaje Thiel y educación terapéutica y sexual. Parecería que el masaje Thiel permitió una reducción del dolor durante las relaciones sexuales en ambos grupos, lo que pudo observarse mediante las escalas EVA y McGill. En cuanto a la función sexual, pudimos notar una mejoría presente en el grupo de dispareunia para todos los aspectos de estos. Para el grupo experimental de dolor pélvico crónico, la mejora solo se observó en la parte del dolor del cuestionario FSFI. En cuanto a la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, no se comprobó mejoría. Además, los datos no fueron transmitidos (38).

El segundo artículo encontrado es un ensayo clínico controlado aleatorizado. Se llevó a cabo con la participación de 30 mujeres con dispareunia relacionada con su endometriosis. Estas fueron asignadas aleatoriamente a un grupo: grupo experimental (sesión de fisioterapia, n=17) y grupo control (sin intervención, n=13). El grupo experimental tuvo 5 sesiones individuales de 30 minutos cada una en las semanas 1, 3, 5, 8 y 11. Estas consistieron en educación terapéutica y un masaje Thiele. Durante la maniobra de Valsalva se observó una mejor relajación de los músculos del suelo

pélvico en el grupo de estudio que en el grupo control. De hecho, el porcentaje de cambio en la zona hiatal del elevador fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo control (20% contra -0,5%). No se observaron diferencias en reposo y durante la contracción máxima. Además, mediante la escala de valoración numérica se pudo analizar una mejora en las puntuaciones en el caso de dispareunia superficial para el grupo experimental. Sin embargo, no se observó una mejoría significativa en el dolor relacionado con la dispareunia profunda. Finalmente, se detectó una diferencia entre los dos grupos en cuanto al dolor pélvico crónico (mejoría para el grupo experimental) (43).

El último artículo que investiga la efectividad de la terapia manual para la dispareunia es una revisión sistemática. En él se evaluaron 4 estudios. La muestra estuvo compuesta por cada estudio de menos de 30 pacientes. Estas tenían dispareunia y estaban en un grupo de edad de 31 a 38 años. Las técnicas de terapia manual utilizadas fueron masajes transvaginales según el método de Thiel, técnica de Wurn, liberaciones uterovesicales y miofasciales, trabajo de puntos gatillo, maniobra de estiramiento y compresión intravaginal. Mediante esta revisión se determinó que en cada uno de los estudios se pudo observar una disminución de la dispareunia por la terapia manual (22).

TABLA 5. Tabla de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica

TÍTULO	AUTOR, FECHA, TIPOS DE ESTUDIOS	MUESTRA	VARIABLES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Efectividad de la rehabilitación multimodal (biofeedback más radiofrecuencia capacitiva-resistiva) sobre el dolor pélvico crónico y la dispareunia	Fernández-Cuadros, ME y al. 2020. Estudio prospectiva casi-experimental.	Al inicio: 37 pacientes Al final: 37 pacientes Mujeres con dispareunia o dolor pélvico crónico que tiene un edad media de 41,5 años.	- EVA (escala visual analógica por el dolor) - Fuerza muscular del suelo pélvico (medida en mmHg)	8 sesiones compo- ne de: - 30 minutos de ejercicios musculares del suelo pélvico asistidos con biofeedback manométrico con 15 minutos de ejercicios tónicos y 15 minutos de ejercicios fásicos. - Aplicación de radiofrecuencia bipolar capacitiva (5 minutos) y resistiva (10 minutos) a nivel suprapúbico y perineovaginal Seguimiento: - Valoración inicial y final	Disminución del dolor y mejor fuerza muscular máxima y media.

Rehabilitación del suelo pélvico en el tratamiento de mujeres con dispareunia	<p>Ghaderi, F y al. 2019.</p> <p>Ensayo clínico controlado aleatorizado.</p>	<p>Al inicio: 84 pacientes Al final: 64 pacientes</p> <p>Mujeres con dispareunia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Examen vaginal funcional estandarizado y estructurado mediante palpación digital para ver las contracciones y relajación del suelo pélvico al inicio - Escala de Oxford modificada para valorar los músculos pélvicos - EVA - Cuestionario FSFI 	<p>Grupo experimental: 32 Grupo control: 32</p> <p>10 sesiones una vez a la semana durante 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación terapéutica - 15-20 minutos de técnicas manuales - 20-25 minutos de TENS de alta frecuencia con electrodos intravaginales <p>Educación y diario sobre los PFME para practicar en el hogar.</p> <p>Seguimiento: Antes del inicio, al final del 3 meses del estudio y durante los 3 meses de seguimiento.</p>	<p>Mejora en el grupo experimental. Hay una diferencia en el dolor, la fuerza muscular y en la puntuación FSFI.</p>
Terapia de ondas de choque extracorpóreas para el tratamiento de la dispareunia	<p>Hurt, K y al. 2021.</p> <p>Estudio prospectivo aleatorizado doble ciego controlado con placebo.</p>	<p>Al inicio: 62 Al final: 61</p> <p>Mujeres entre 20 y 51 años que presenta dispareunia durante al menos 3 meses durante los últimos 6 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - EVA para la intensidad del dolor vulvoperineal - Escala de dispareunia de Marinoff para cuantificar el dolor durante la relación sexual peneano-vaginal 	<p>Grupo experimental (ESWT): 30 Grupo control (placebo): 31</p> <p>4000 pulsos por semana durante 4 semanas consecutivas.</p> <p>Seguimiento: Antes del tratamiento y 1, 4, 12 semanas después de la última ESWT.</p>	<p>Diferencias significativas en el grupo experimental para el dolor.</p>
El masaje perineal mejora la dispareunia causada por la sensibilidad de los músculos del suelo pélvico	<p>Silva, A.P y al. 2017.</p> <p>Ensayo clínico abierto, paralelo y no aleatorizado.</p>	<p>Al inicio: 29 pacientes Al final: 18 pacientes</p> <p>Mujeres reproductiva y sexualmente activas con dispareunia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - EVA (escala visual analógica) - McGill Pain Index - Female Sexual Function Index (FSFI) - Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) - Examen físico 	<p>Grupo experimental dispareunia (D): 8 Grupo experimental con dolor pélvico crónico (CPP): 10</p> <p>1 sesión cada semana durante 4 semanas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 minutos de masaje transvaginal utilizando la técnica de Thiele - Educación terapéutica <p>Seguimiento: Antes del tratamiento y 1, 4, 12 y 24 semanas después de la primera evaluación.</p>	<p>Mejora de los dos grupos en la dispareunia. Ningún dolor o poca molestia durante las relaciones sexuales. Por la función sexual, el grupo CPP podemos observar una mejoría solo en el área del dolor mientras que en el grupo D una mejoría en todas las áreas.</p>

<p>Evaluación del área del hiato elevador mediante ecografía transperineal 3D/4D en mujeres con endometriosis infiltrante profunda y dispareunia superficial tratadas con fisioterapia de los músculos del suelo pélvico</p>	<p>Del Forno, S y al. 2021. Ensayo controlado aleatorizado.</p>	<p>Al inicio: 34 pacientes Al final: 30 pacientes Mujeres nulíparas con endometriosis y dispareunia superficial asociada entre 18 y 45 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación sus síntomas de dolor relacionados con la endometriosis - Escala de calificación numérica de 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor) - Ecografía 3D/4D para medir el hiato elevador en reposo, en máxima contracción de los músculos del suelo pélvico y en la maniobra de Valsalva máxima. - Examen digital al inicio - Clasificación de satisfacción con el tratamiento de fisioterapia 	<p>Grupo experimental (con fisioterapia del suelo pélvico): 17 Grupo control (ninguna intervención): 13 5 sesiones individuales de 30 minutos cada una en semanas 1, 3, 5, 8 y 11: - Educación terapéutica - Masaje Thiele Seguimiento: Al inicio y 4 meses después del primer examen.</p>	<p>Mejor relajación de los músculos del suelo pélvico en el grupo experimental que en el grupo control durante la maniobra de Valsalva. Sin diferencia en reposo y en máxima contracción. Reducción significativa del dolor por dispareunia superficial en el grupo de estudio en comparación con el grupo de control. No hubo diferencia entre los dos grupos para los otros síntomas.</p>
<p>La eficacia de la terapia manual para el tratamiento de la dispareunia en mujeres</p>	<p>Trahan, J y al. 2019. Revisión sistemática.</p>	<p>Al inicio: 870 resultados Al final: 4 estudios Mujeres de 31 hasta los 38 años que presenta dispareunia. Muestra de menos de 30 pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de función sexual femenina (FSFI) - EVA - Índice de McGill - Escala de ansiedad y depresión hospitalaria - Escala dolor de Mankoski - Escala de calificación numérica - Escala de mejora 	<p>Se compone de: - Masaje transvaginal según el método Thiele (sesión de 5 minutos 1 vez por semana durante 4 semanas) - Técnica de Wurn (20h) - Liberación uterovesical y miofascial (20h) - Masaje, liberación miofascial, puntos gatillo, estiramiento intravaginal y maniobras de compresión (6 a 10 sesiones de 60 minutos)</p>	<p>Disminución de la dispareunia gracias a la terapia manual, faltan ensayos clínicos aleatorizados que confirmen el papel de la terapia manual en la dispareunia.</p>

7. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica sistematizada se realizó con el objetivo de demostrar el papel y la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de la dispareunia en las mujeres. Para ello nos planteamos varios objetivos que fueron buscar las intervenciones más efectivas para reducir el dolor y mejorar la función sexual, los posibles efectos adversos, las variables que influyen en la elección de la intervención y finalmente las barreras que pueden impedir la realización de la rehabilitación perineal.

Por lo tanto, luego de realizar la búsqueda de artículos, pudimos seleccionar seis artículos respetando la metodología desarrollada previamente. Estos seis artículos presentaron diferentes intervenciones de fisioterapia perineal que fueron las siguientes: programa multimodal (biofeedback y TECAR terapia; PFME, TENS y técnicas manuales), ondas de choque y terapia manual.

En todos los artículos que seleccionamos para esta revisión, pudimos observar una mejora significativa en el dolor que estas mujeres podían experimentar. De hecho, independientemente de la intervención que recibieron estas pacientes (programa multimodal, ondas de choque, terapia manual), el grupo experimental experimentó una marcada mejoría del dolor en comparación con el grupo control (17,38,42, 43). Además, también pudimos ver esta mejora a través del ensayo clínico grupal solo (35). Sin embargo, la mayoría de los artículos no especifican el tipo de dispareunia estudiada. De hecho, la dispareunia a menudo se evalúa de manera general y, por lo tanto, no se disocia con respecto a su tipología. El ensayo clínico de Del Forno y coles. (43) muestra una mejoría significativa en el dolor relacionado con la dispareunia superficial a diferencia de la dispareunia profunda que no vio reducción en este síntoma. Por lo tanto, de este estudio parecería que el masaje Thiel utilizado como terapia manual para este ensayo clínico es efectivo en la medida en que el paciente presente dispareunia superficial. Sería interesante saber si las intervenciones son efectivas independientemente del tipo de dispareunia. Según los resultados obtenidos tras nuestra investigación, no podemos decir si una intervención de fisioterapia es mejor que otra ya que todas ellas han demostrado tener un impacto positivo sobre el dolor.

En cuanto a la función sexual, algunos artículos presentes en nuestra revisión bibliográfica sistematizada no han abordado este punto. Como hemos visto anteriormente, el dolor es solo un componente de la función sexual. Cuando una mujer tiene dispareunia, varios componentes de la función sexual pueden verse afectados. Estos son: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor. Según los

tres artículos que evaluaron la función sexual mediante el cuestionario FSFI (Female Sexual Function Index), se observó una mejora. En efecto, el artículo de Ghaderi y coles. (17) mostró resultados significativos en cada uno de los componentes enumerados anteriormente. En cuanto al ensayo clínico Silva y coles. (37), pudimos ver una mejora en todos los aspectos relacionados con el grupo de dispareunia. Para el grupo de dolor pélvico crónico, solo el aspecto del dolor experimentó un cambio favorable. El último artículo de nuestra revisión bibliográfica sistematizada para evaluar la función sexual es la revisión sistematizada de Trahan y coles. (22). Este artículo vio una mejora en los puntajes del cuestionario FSFI para cada uno de los estudios discutidos. Por tanto, parecería que el abordaje multimodal, la técnica de masaje Thiel y finalmente la terapia manual en su conjunto tienen efectos beneficiosos en la función sexual.

Respecto a los efectos adversos, ningún artículo ha mencionado la presencia de estos en las participantes. Parecería que las diversas técnicas y programas de intervención utilizados en estos estudios no provocan efectos secundarios. Sin embargo, pudimos ver durante la concepción de este trabajo que ciertas técnicas podrían ser inconvenientes, dolorosas y, por lo tanto, causar efectos negativos para ciertas mujeres. Las intervenciones que pueden provocar esto podrían ser, por ejemplo, la terapia manual o los dilatadores (32,39). Sin embargo, en la mayoría de los casos, la terapia manual parece tener más efectos positivos que negativos para la dispareunia. En cuanto a los dilatadores, no pudimos evaluar estudios recientes sobre este tema. Por lo tanto, no podemos decir si estos pueden causar efectos secundarios. Además, para evitar posibles efectos secundarios durante estas prácticas, podemos suponer que la educación, la escucha y la comunicación son elementos clave para generar confianza en estas pacientes y evitar así ansiedad, contracturas musculares y efectos contrarios a los deseados.

Por lo que concierne al análisis de las posibles variables que pueden influir en la elección de los tratamientos administrados, pudimos extraer algunas de ellas. Efectivamente, como hemos visto anteriormente gracias al ensayo clínico de Del Forno y coles. (43), el tipo de dispareunia influye en la elección del tratamiento realizado. Este ensayo mostró que la terapia manual podría ser eficaz en el caso de la dispareunia superficial, pero no mostró mejoría en la dispareunia profunda. En el caso de dispareunia superficial relacionada con endometriosis, la terapia manual puede ser efectiva porque estos dolores parecen deberse a hipertonía de los músculos del suelo pélvico. Cuando se trata de dispareunia profunda ligada a la endometriosis, parecería que estos dolores son causados por la presión o tracción mecánica sobre un tejido fibroso rígido durante las relaciones sexuales. Como resultado, el estiramiento y la

relajación muscular provocados por la terapia manual no tendrán ningún efecto. Por tanto, es importante disociar los diferentes tipos de dispareunia porque no tienen las mismas causas. Podemos afirmar que dependiendo de la etiología de estos dolores, la elección de la intervención será diferente. Además, los objetivos de rehabilitación contribuirán a la elección de las intervenciones utilizadas. Por ejemplo, ciertas técnicas de rehabilitación perineal permiten un mejor fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico como el PFME (ejercicio muscular del suelo pélvico o ejercicio de Kegel). Como resultado, estos pueden agregarse al programa de rehabilitación. Las intervenciones de educación terapéutica también se pueden utilizar si algunos pacientes las necesitan. Además, el costo de los dispositivos puede influir en la elección de la intervención. De hecho, algunas máquinas representan un costo significativo, como la TECAR terapia, las ondas de choque o incluso el biofeedback. El precio de estos puede influir en la elección de la práctica. A esto se suman las habilidades y preferencias de cada terapeuta. Algunos pueden preferir y sentirse más cómodos con una técnica que con otra. Otra variable considerable y no despreciable que puede influir en la elección del tratamiento es la opinión de la paciente. Resulta ser una de las variables más importantes a considerar. Algunas mujeres pueden preferir ciertas técnicas menos invasivas, otras pueden ser indiferentes y confiar en el consejo de su fisioterapeuta. Por tanto, lo principal es escucharlos y adaptarse tanto a ellas como a la evolución del tratamiento.

No podemos cumplir con el objetivo, que era determinar las posibles barreras que podrían impedir la realización de la rehabilitación perineal. De hecho, ninguno de los artículos utilizados para esta revisión bibliográfica menciona este tema. Sin embargo, en algunos artículos utilizados para la realización de este trabajo se explica que la dispareunia no era percibida como un problema de salud real por estas mujeres. Además, nos informaron que estas mujeres pueden no estar al tanto de soluciones no médicas para tratar estos dolores. A esto se suman las dificultades que experimentan estas mujeres para hablar de este tema, que aún es tabú para algunas de ellas. Como resultado, estas razones podrían ser un obstáculo para la aplicación de la rehabilitación perineal. Por lo tanto, las barreras más importantes pueden ser la falta de comunicación e información dedicada a este tema (2,20,40).

Finalmente, luego de haber estudiado todos estos aspectos, vamos a abordar las diferentes fortalezas y limitaciones de este trabajo. Para empezar, la limitación más reveladora de esta revisión es la falta crítica de artículos sobre el tratamiento de la dispareunia con fisioterapia. Ya sea un ensayo clínico, un metanálisis o una revisión sistemática, obtuvimos muy pocos artículos que cumplieran con nuestros criterios. Además, se han evaluado pocas intervenciones de fisioterapia en los últimos cinco

años. La terapia manual fue la intervención de fisioterapia más estudiada según nuestra revisión bibliográfica sistematizada (tres de los seis estudios). Por lo demás, solo un estudio habló de ondas de choque y otros dos artículos abordaron el abordaje multimodal en el tratamiento de la dispareunia. Por tanto, aunque estos artículos respondieran a los objetivos principales y más o menos a los secundarios, es difícil afirmar nuestra hipótesis con tan poca evidencia y precisión.

El hecho de contar con estudios que aborden la fisioterapia de manera multimodal puede representar otro límite a nuestro estudio. De hecho, podría ser interesante evaluar los efectos de cada intervención aplicada individualmente antes de estudiarlas en conjunto. Por el contrario, el hecho de evaluar la terapia individualmente también puede ser un límite porque no representaría la práctica de un fisioterapeuta que es más bien multimodal.

Una limitación importante fue también el número de participantes, que fue insuficiente, la heterogeneidad de los participantes y la falta de seguimiento a largo plazo (diferente de un estudio a otro). Sin embargo, la falta de homogeneidad podría mostrar en sentido contrario que las intervenciones tuvieron efectos independientemente de la edad de estas pacientes. También demostró que dependiendo de la causa de la dispareunia, los resultados según la intervención de fisioterapia aplicada, no serían los mismos.

Otro punto señalado es que las escalas utilizadas en los diversos estudios a menudo eran las mismas. Como resultado, los resultados podrían compararse más fácilmente.

A pesar de las diversas limitaciones de esta revisión bibliográfica, pudimos cumplir tanto con nuestros objetivos principales como con nuestros objetivos secundarios, excepto el que tenía como objetivo discernir las barreras para la práctica perineal. Además, gracias a este trabajo pudimos resaltar la importancia de estudiar con más precisión este tema tan presente en la vida de las mujeres. La falta de estudios y evidencias que muestra esta revisión bibliográfica puede permitir tomar conciencia de nuestro papel como fisioterapeutas en la investigación y en la mejora de la calidad de vida de las mujeres que padecen dolor durante las relaciones sexuales. Además, este trabajo que muestra resultados positivos para la fisioterapia en este entorno anima a seguir averiguando en esta dirección.

8. CONCLUSIÓN

Las intervenciones que se ofrecen como parte de la rehabilitación perineal parecen jugar un papel importante en la reducción del dolor causado por la dispareunia en las mujeres.

Todas las intervenciones evaluadas para esta revisión bibliográfica sistematizada parecen tener efectos considerables en términos de reducción del dolor. No pudimos definir cuáles de ellos fueron los más efectivos debido a la falta de precisión y al escaso número de estudios. Sin embargo, pudimos observar que hubo diferencia en el efecto analgésico de las intervenciones en relación a los tipos de dispareunia a tratar. De hecho, parecería que el masaje Thiel no tuvo ningún efecto sobre el dolor en pacientes con dispareunia profunda. Por el contrario, en pacientes con dispareunia superficial se podría reducir el dolor gracias a esta técnica de terapia manual.

Finalmente, esta revisión ha demostrado que se necesita más investigación para establecer afirmaciones reales sobre las intervenciones de fisioterapia que se utilizarán en el caso de la dispareunia. Es importante obtener más estudios que evalúen más intervenciones de fisioterapia con un mayor número de participantes. Además, para mejorar la calidad de la investigación, los estudios y ensayos clínicos deberán ser más precisos en la metodología (características de las participantes y de las intervenciones) y en el análisis de los resultados.

9. **BIBLIOGRAFIA**

- 1) Lightner, D. J. (2002). Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(7), 698–702. <https://doi.org/10.4065/77.7.698>
- 2) Sung, S. C., Jeng, C. J., & Lin, Y. C. (2011). Sexual health care for women with dyspareunia. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 50(3), 268–274. <https://doi.org/10.1016/J.TJOG.2011.07.002>
- 3) Binik, Y. M. (2005). Should Dyspareunia Be Retained as a Sexual Dysfunction in DSM-V? A Painful Classification Decision. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 11–21. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-0998-4>
- 4) Basson, R., Weijmar Schultz, W. C. M., Binik, Y. M., Brotto, L. A., Eschenbach, D. A., Laan, E., ... & Redmond, G. (2004). Women's sexual desire and arousal disorders and sexual pain. *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women*, 851-974.
- 5) Seehusen, D. A., Baird, D., & Bode, D. V. (2014). Dyspareunia in Women. *American Family Physician*, 90(7), 465–470. <https://www.aafp.org/afp/2014/1001/p465.html>
- 6) Le manuel MSD. (2014). *Dyspareunie*. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-de-la-femme/troubles-de-la-fonction-sexuelle-chez-la-femme/dyspareunie>
- 7) Payne, K. A., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain (London, England)*, 9(4), 427. <https://doi.org/10.1016/J.EJPAIN.2004.10.003>
- 8) Faubion, S. S., & Rullo, J. E. (2015). Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *American Family Physician*, 92(4), 281–288. <https://www.aafp.org/afp/2015/0815/p281.html>
- 9) McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-018-0602-4>
- 10) Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/JAMA.281.6.537>
- 11) Mitchell, K. R., Geary, R., Graham, C. A., Datta, J., Wellings, K., Sonnenberg, P., Field, N., Nunns, D., Bancroft, J., Jones, K. G., Johnson, A. M., & Mercer, C. H. (2017). Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(11), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14518>

- 12) López-Olmos, J. (2008). Dispareunia: investigación de causa física y de causa infecciosa crónica (estudio prospectivo de 4 años). *Clinica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 35(5), 152–159. [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(08\)73068-5](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(08)73068-5)
- 13) Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M., & Khan, K. S. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-177>
- 14) Tayyeb, M., & Gupta, V. (2021). Dyspareunia. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
- 15) Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Conde, D. M., Sousa, M. H., Osis, M. J., & Costa-Paiva, L. (2008). A population-based study of dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. *Menopause*, 15(6), 1184–1190. <https://doi.org/10.1097/GME.0B013E31817062BC>
- 16) Heim, L. J. (2001). Evaluation and Differential Diagnosis of Dyspareunia. *American Family Physician*, 63(8), 1535. <https://www.aafp.org/afp/2001/0415/p1535.html#afp20010415p1535-b7>
- 17) Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1849. <https://doi.org/10.1007/S00192-019-04019-3>
- 18) Alimi, Y., Iwanaga, J., Oskouian, R. J., Loukas, M., & Tubbs, R. S. (2018). The clinical anatomy of dyspareunia: A review. *Clinical Anatomy*, 31(7), 1013–1017. <https://doi.org/10.1002/CA.23250>
- 19) Lee, N. M. W., Jakes, A. D., Lloyd, J., & Frodsham, L. C. G. (2018). Dyspareunia. *BMJ (Online)*, 361. <https://doi.org/10.1136/BMJ.K2341>
- 20) Arora, V., Mukhopadhyay, S., & Morris, E. (2020). Painful sex (dyspareunia): a difficult symptom in gynecological practice. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 30(9), 269–275. <https://www.sciencedirect.com/biblioremot.uvic.cat/science/article/pii/S1751721420301093>
- 21) González, L. S., Blanco, E. de D., Ortega, L. R., & Moraguez, D. M. (2020). Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), 0200450. <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/450/489>
- 22) Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M., & Figuers, C. (2019). The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28. <https://doi.org/10.1097/JWH.000000000000117>

- 23) Krapf, J. M., & Goldstein, A. T. (2016). Diagnosis and Management of Sexual Pain Disorders: Dyspareunia. *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women: An Interdisciplinary Approach*, 287–305. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3100-2_25
- 24) Taillardat-Beneteau, C. (2008). L'éducation thérapeutique du patient (ETP). Points de repères et perspectives. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 66(5–6), 309–312. <https://doi.org/10.1016/J.PHARMA.2008.10.003>
- 25) de Andrade, R. L., Bø, K., Antonio, F. I., Driusso, P., Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Ramos, S., Julio, M. P., & Ferreira, C. H. J. (2018). An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(2), 91–96. <https://doi.org/10.1016/J.JPHYS.2018.02.010>
- 26) Phillips, N. A. (2000). Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. *American Family Physician*, 62(1), 127–136. <https://www.aafp.org/afp/2000/0701/p127.html>
- 27) Morin, M., & Bergeron, S. (2009). La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. *Sexologies*, 18(2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/J.SEXOL.2009.01.004>
- 28) Huang, Y.-C., & Chang, K.-V. (2021). Kegel Exercises. StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555898/>
- 29) Sahidayana Mohktar, M., Ibrahim, F., Mohd Rozi, N. F., Mohd Yusof, J., Anom Ahmad, S., Su Yen, K., & Zawiah Omar, S. (2013). A quantitative approach to measure women's sexual function using electromyography: A preliminary study of the Kegel exercise. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 19, 1159. <https://doi.org/10.12659/MSM.889628>
- 30) Giggins, O. M., Persson, U. M. C., & Caulfield, B. (2013). Biofeedback in rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1743-0003-10-60>
- 31) Banihashem¹, S., Chalakinia², N., Eslami³, P., Roshan³, M., Kheradmand¹, A., Abdi³, S., Motazedian¹, S., Nasserinejad³, M., & Zali³, M. R. (2020). Impact of biofeedback therapy for pelvic floor-related constipation to improve sexual function. *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench*, 13(Suppl1), S75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7881407/>
- 32) Lee, Y. (2018). Patients' perception and adherence to vaginal dilator therapy: a systematic review and synthesis employing symbolic interactionism. *Patient Preference and Adherence*, 12, 551. <https://doi.org/10.2147/PPA.S163273>
- 33) Murina, F., Bernorio, R., & Palmiotto, R. (2008). The Use of Amielle Vaginal Trainers as Adjuvant in the Treatment of Vestibulodynia: An Observational

Multicentric Study. *Medscape Journal of Medicine*, 10(1), 23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2258477/>

- 34) Miles, K., & Miles, S. (2021). Low Dose, High Frequency Movement Based Dilator Therapy for Dyspareunia: Retrospective Analysis of 26 Cases. *Sexual Medicine*, 9(3). <https://doi.org/10.1016/J.ESXM.2021.100344>
- 35) Fernández-Cuadros, M. E., Kazlauskas, S. G., Albaladejo-Florin, M. J., Robles-López, M., Laborda-Delgado, A., de la Cal-Alvarez, C., & Pérez-Moro, O. (2020). Efectividad de la rehabilitación multimodal (biofeedback más radiofrecuencia capacitiva-resistiva) sobre el dolor pélvico crónico y la dispareunia: estudio prospectivo y revisión de la bibliografía. *Rehabilitación*, 54(3), 154–161. <https://doi.org/10.1016/J.RH.2020.02.005>
- 36) Jahshan-Doukhy, O., & Bornstein, J. (2021). Long-Term Efficacy of Physical Therapy for Localized Provoked Vulvodynia. *International Journal of Women's Health*, 13, 161. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S297389>
- 37) Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M., & Figuers, C. (2019). The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8204933/>
- 38) Da Silva, A. P. M., Montenegro, M. L., Gurian, M. B. F., De Souza Mitidieri, A. M., Da Silva Lara, L. A., Poli-Neto, O. B., & E Silva, J. C. R. (2017). Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 39(1), 26–30. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1597651>
- 39) Wurn, L. J., Wurn, B. F., King, C. R., Roscow, A. S., Scharf, E. S., & Schuster, J. J. (2004). Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique. *Medscape General Medicine*, 6(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480593/>
- 40) Binik, Y. M. (2010). The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 292–303. <https://doi.org/10.1007/S10508-009-9563-X/TABLES/1>
- 41) Vandyken, C., & Hilton, S. (2017). Physical Therapy in the Treatment of Central Pain Mechanisms for Female Sexual Pain. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 20–30. <https://doi.org/10.1016/J.SXMR.2016.06.004>
- 42) Hurt, K., Zahalka, F., Halaska, M., Rakovicova, I., Rakovic, J., & Cmelinsky, V. (2021). Extracorporeal shock wave therapy for treating dyspareunia: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(6). <https://doi.org/10.1016/J.REHAB.2021.101545>

- 43) Del Forno, S., Arena, A., Pellizzone, V., Lenzi, J., Raimondo, D., Cocchi, L., Paradisi, R., Youssef, A., Casadio, P., & Seracchioli, R. (2021). Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor muscle physiotherapy: randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 57(5), 726–732. <https://doi.org/10.1002/UOG.23590>
- 44) Pilates Riazor. (2018). *musculatura superficial*. Recuperado de: <https://pilatesriazor.com/pilates-y-suelo-pelvico/musculatura-superficial/>
- 45) Sexualidades Libres. (2020). *SEXUALIDADES DIVERSAS: Rehabilitación de la salud sexual*. Recuperado de: <https://www.sexualidadeslibres.com/blog/sexualidades-diversas-rehabilitación-de-la-salud-sexual/>
- 46) Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11(SUPPL. 11). <https://doi.org/10.1002/ACR.20543>
- 47) Fedelat. (2001). *Herramientas de Evaluación del Dolor*. Recuperado de: <https://fedelat.com/herramientas-de-evaluacion-del-dolor-2-2/>
- 48) Karimi, F., Babazadeh, R., Zojaji, A., & Jouya, S. (2021). Squill oil for decreasing dyspareunia and increasing sexual satisfaction in menopausal women: A triple-blind randomized controlled trial. *Avicenna Journal of Phytomedicine*, 11(5), 464. <https://doi.org/10.22038/AJP.2021.17777>
- 49) Serrano - Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano - Álvarez, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Soc. Esp. Dolor*, 9, 109–121.
- 50) Fisioterapia en Movimiento. (2021). *La escala de Oxford*. Recuperado de: <https://fisioterapiaenmovimiento.com.co/blog/blog-fisioterapia-en-movimiento-13/post/la-escala-de-oxford-161>
- 51) Enrique Blümel, J. M., Binfa, L. E., Cataldo Alejandra Carrasco V, P. A., Izaguirre, H. L., & Sarrá, S. C. (2004). ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 69(2), 118–125.

ANEXO

ÍNDICE

ANEXO I: INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DISPAREUNIA	40
I. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO	40
II. DIAGNOSTICO MEDICO	40
III. CAUSAS DE LA DISPAREUNIA	41
IV. DIAGNOSTICO DE FISIOTERAPIA	42
ANEXO II: MODELO PLISSIT	43
ANEXO III: ESCALAS DE VALORACIÓN	44
I. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	44
II. ESCALA DE DISPAREUNIA DE MARINOFF	44
III. CUESTIONARIO DE DOLOR DE McGill (MPQ)	45
IV. ESCALA DE OXFORD	46
V. ESCALA PERFECT	47
VI. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)	48

ANEXO I: INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DISPAREUNIA

I. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico están formados por varios músculos ubicados en diferentes planos:

- Músculos profundos:
 - Elevador del ano (pubococigeo, puborecta, iliococigeo)
- Músculos superficiales
 - Transverso profundo y superficial del periné
 - Isquicavernosos
 - Bulboesponjoso

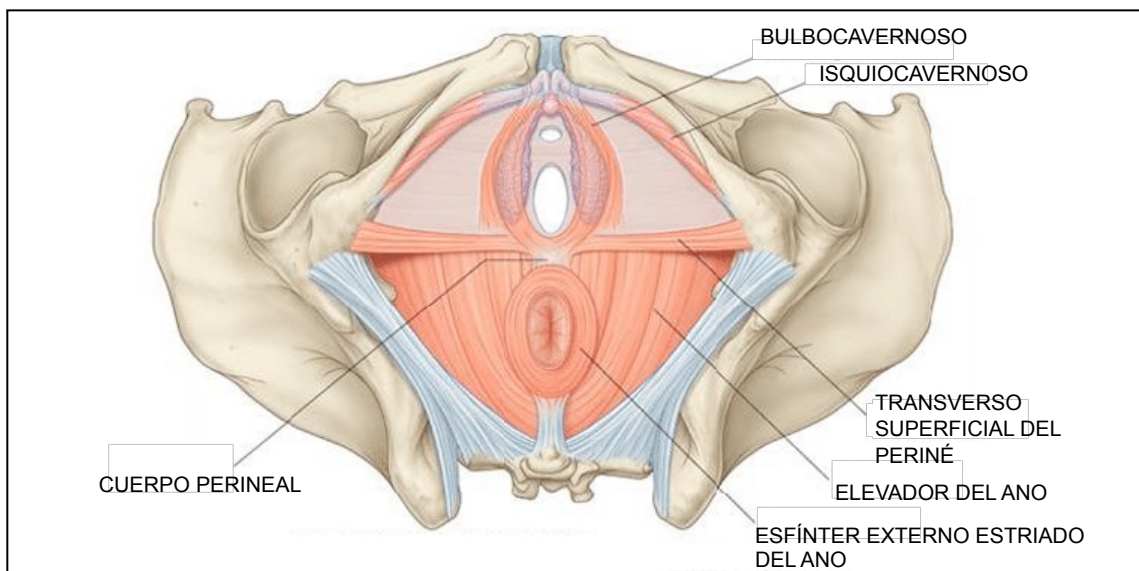


Figura 2. Musculatura del suelo pélvico (44)

II. DIAGNOSTICO MEDICO

Durante el diagnóstico médico, el médico, al igual que el fisioterapeuta, realizará una anamnesis y una exploración física. El examen físico médico será diferente al examen de fisioterapia. De hecho, el fisioterapeuta solo se centrará en el estado de las estructuras y musculatura. El médico o ginecólogo puede hacer e identificar varias cosas. Por ejemplo, el profesional realiza una exploración con un espéculo. El espéculo es un instrumento médico para explorar la cavidad vaginal. Este dispositivo debe seleccionarse con un tamaño adecuado, lubricado y calentado. Permite visualizar las estructuras internas y la presencia de posibles anomalías anatómicas. Para finalizar la exploración física, el terapeuta puede realizar un examen bimanual. Esto

revelará y evaluará posibles dolores a nivel del cuello uterino y la presencia de nódulos, masas o quistes anéxales y pélvicos. Por lo tanto, es un examen útil para pacientes con características de dispareunia profunda. Esta evaluación debe hacerse de forma suave. Sin embargo, si la paciente no está de acuerdo con la exploración, es importante informarle de que existen otras exploraciones que pueden proporcionar la información que se busca con la exploración (5,14,20).

Después de este examen, el médico o ginecólogo puede pedirle a la paciente que realice pruebas adicionales para obtener más información como (20):

- **Cultivos microbiológicos** cuando se sospecha de infecciones. La muestra puede tomarse de la vulva, la vagina, el endocervix o la uretra.
- **Una resonancia magnética** cuando se busca una endometriosis profunda.
- **Pruebas de suero.** Esta prueba puede utilizarse cuando es difícil identificar la causa de la dispareunia.
- **Laparoscopia.** Sin embargo, esta exploración presenta muchos riesgos. Permite detectar endometriosis o patologías pélvicas orgánicas.
- **La vulvoscopia** proporciona más información sobre la dispareunia. Es especialmente útil cuando el paciente tiene procesos inflamatorios o neoplásicos.
- **Una biopsia** puede recomendarse cuando la vulva parece ser anormal.
- **Citoscopia y/o biopsia de vejiga** si el paciente presenta síntomas urológicos.

III. CAUSAS DE LA DISPAREUNIA

TABLA 7. Causa según localización de la dispareunia (20)

DISPAREUNIA SUPERFICIAL	DISPAREUNIA PROFUNDA
Infección e inflamación: <ul style="list-style-type: none"> - Vulvovaginitis - Enfermedad vulvar - Vestibulodinia - Quiste de bartolino - Distrofia/dermatosis vulvar Liquen escleroso y Plano - Psoriasis y eccema vulvar - Carcinoma de vulva vaginismo psicosexual posmenopáusico 	Infección e inflamación: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad inflamatoria pélvica - Cervicitis crónica - Trauma cervical repetido - Enfermedad pélvica endometriosis - Fibromas - Quistes/tumores ováricos - Congestión pélvica

<p>Post cirugía/trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secuelas obstétricas - Reparación del suelo pélvico - Perineorrafia - Atresia vaginal congénita - Tabique vaginal - Mutilación genital femenina - Lesión vulvar - Trastornos urológicos - Uretritis - Cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa - Trastornos intestinales - Síndrome del intestino irritable 	<p>Post cirugía/trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado con el parto - Reparación del suelo pélvico - Malla vaginal - Histerectomía total
<p>Trastornos neurológicos/anomalías musculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones del nervio pudendo - Hiper-hipotonicidad del suelo pélvico 	<p>Congénito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabique vaginal incompleto - Himen imperforado <p>Trastornos urológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa <p>Trastornos intestinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome del intestino irritable - Estreñimiento crónico - Enfermedad diverticular - Malignidad rectal/anal

IV. DIAGNOSTICO DE FISIOTERAPIA

Ejemplos de preguntas durante la anamnesis (20):

Preguntas específicas sobre el dolor

¿Cuánto tiempo ha sido esto un problema?

¿Cómo describirías el dolor? ¿Agudo, sordo, ardiente, cortante o palpitante?

¿Está mejorando, empeorando o se mantiene igual?

¿Ha tenido dolor desde la primera vez que tuvo relaciones sexuales o se desarrolló más tarde?

¿Ocurre en cada episodio del coito?

¿Con qué frecuencia (aproximadamente) tiene relaciones sexuales?

¿El dolor ocurre durante la penetración superficial o profunda?

- ¿Existe alguna posición sexual que empeore o mejore el dolor?

- ¿Los analgésicos ofrecen alivio?

- ¿Tiene dolor genital o pélvico con otro contacto sexual o no sexual (por ejemplo, inserción de un tampón, examen pélvico, inserción de los dedos, sexo oral, micción)?

Cuestionamiento de antecedentes sexuales

- ¿Tienes ganas de sexo?
- ¿Puedes excitarte o lubricarte durante los juegos previos?
- ¿Cuándo fue la última vez que cambió de pareja sexual?
- ¿Has tenido el mismo dolor con otras parejas?

Relación

- ¿Cómo es tu relación con tu pareja actual?
 - ¿El dolor que estás experimentando está afectando tu relación?
- Historia de la violencia domestica

ANEXO II: MODELO PLISSIT

El modelo PLISSIT se utiliza en el campo de la sexología. Este modelo está compuesto por cuatro niveles de intervención. Estos niveles definen el tipo y la cantidad de intervención proporcionada a los pacientes.

Modelo PLISSIT Para Abordar La Salud Sexual En Mujeres

Pasos
Permiso Pedir permiso al paciente para hablar sobre su salud sexual preguntando como quisiera mejorar su relación
Información limitada Proporcionar educación sexual básica precisa (Ej.: ciclo de respuesta sexual femenina, impacto del envejecimiento en el sexo, anatomía)
Sugerencias específicas Proporcionar sugerencias simples para mejorar su funcionamiento sexual (Ej.: uso de lubricante, uso de vibradores, formas de mejorar la intimidad emocional).
Terapia intensiva Validar las preocupaciones del paciente y derivarla a un subespecialista en el caso que se requiera

Faubion, Stephanie et al. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. American Family Physician www.aafp.org/afp Volume 92, Number 4 August 15, 2015

Figura 3. Modelo PLISSIT (45)

ANEXO III: ESCALAS DE VALORACIÓN

I. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

L'échelle analogique visuelle permet de mesurer l'intensité de la douleur. Il s'agit d'une échelle continue formée par une ligne horizontale ou verticale graduée de 0 à 10 centimètres. A chaque extrémité, des verbes descripteurs définissent les valeurs. 0 signifie "pas de douleur" et 10 signifie "la douleur la plus intense possible". Le patient va alors positionné sur l'échelle un curseur pour situer l'intensité de sa douleur. Les valeurs numériques tout le long de l'échelle ne sont pas indiquées afin d'éviter que le patient soit influencé. Cependant, le professionnel de santé pourra lui identifier la valeur numérique de l'intensité de la douleur du patient. (46)

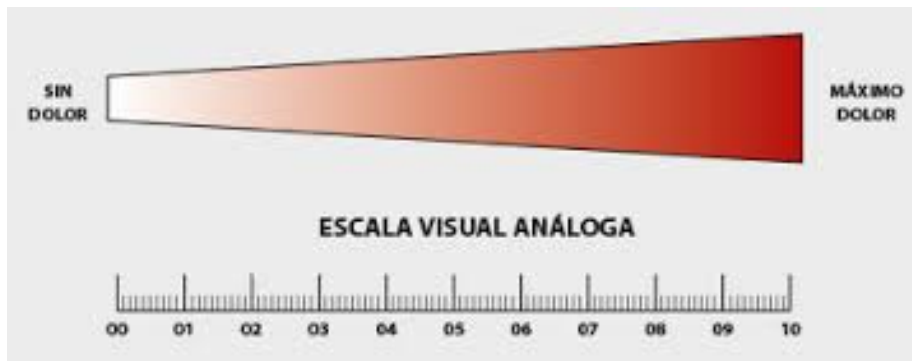


Figura 4. Escala visual analógica (47)

II. ESCALA DE DISPAREUNIA DE MARINOFF

La escala de Marinoff permite evaluar la intensidad del dolor específicamente en el caso de la dispareunia. Incluye 4 opciones:

- **Puntuación 0:** sin dolor durante el coito
- **Puntuación 1:** dolor durante el coito que no impide el coito
- **Puntuación 2:** dolor durante el coito que interrumpe el coito
- **Puntuación 3:** dolor que impide las relaciones sexuales

Por lo tanto, la puntuación puede variar de 0 a 3 (48).

TABLA 8. Escala de dispareunia de Marinoff

Puntuación	Descripción
0	Sin dolor durante el coito
1	Dolor leve, que no requiere interrupción del coito

2	Dolor moderado, que no requiere interrupción de la relación
3	Dolor intenso, que requiere la interrupción de la relación sexual

III. CUESTIONARIO DE DOLOR DE McGill (MPQ)

Le questionnaire de douleur de McGill permet d'évaluer de manière multidimensionnel la douleur des patients. En effet, il a la caractéristique multidimensionnel car il mesure plusieurs aspects de celle-ci: sensoriels, affectifs et évaluatifs de la douleur. Le questionnaire est composé de 78 adjectifs réparti en 20 groupes. Chaque groupe contient de 2 à 6 adjectifs qui qualifie l'expérience douloureuse. Pour chaque terme, le patient doit mettre une note correspondant à l'intensité de cette adjectif. (46,49)

TABLA I. CUESTIONARIO DE MCGILL-MELZACK. PARTE I: LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Nombre: Edad:
 Historia n.º: Fecha:

Categoría clínica (cardíaca, neurológica):

Diagnóstico:

Analgésicos (si ya se han administrado)
 1. Clase
 2. Dosificación
 3. Fecha de administración (en relación con esta prueba)

Inteligencia del paciente: rodear con un círculo el mejor número
 1 (baja) 2 3 4 5 (alta)

PARTE I. Localización del dolor
 Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.
 Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.

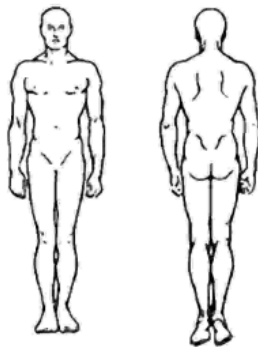


TABLA II. CUESTIONARIO DE MCGILL-MELZACK. PARTE II: DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

PARTE II. Descripción del dolor (PRI)
 Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea	Brinco	Pincha	Agudo
Tiembla	Destello	Perfora	Cortante
Late	Disparo	Taladra	Lacerante
Palpita		Apuñala	
Golpea		Lancinante	
Martillea			

5	6	7	8
Pellizca	Tira	Calienta	Hormigueo
Aprieta	Tracciona	Quema	Picor
Roe	Arranca	Escalda	Escozor
Acalambra		Abrasa	Aguijoneo
Aplasta			
9	10	11	12
Sordo	Sensible	Cansa	Marca
Penoso	Tirante	Agota	Sofoca
Hiriente	Áspero		
Irritante	Raja		
Pesado			
13	14	15	16
Miedo	Castigador	Desdichado	Molesto
Espanto	Abrumador	Cegador	Preocupante
Pavor	Cruel		Apabullante
	Rabioso		Intenso
	Mortificante		Insoportable
17	18	19	20
Difuso	Apretado	Fresco	Desagradable
Irradia	Entumecido	Frío	Nauseabundo
Penetrante	Exprimido	Helado	Agonístico
Punzante	Estrujado		Terrible
	Desgarrado		Torturante

TABLA III. CUESTIONARIO DE MCGILL-MELZACK. PARTE III: CAMBIOS QUE EXPERIMENTA EL DOLOR. PARTE IV: INTENSIDAD DEL DOLOR

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Elegir la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Factores que alivian el dolor:

Factores que agravan el dolor:

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

SISTEMA DE PUNTUACIÓN

1. PRI (*Pain rating index* = índice de valoración del dolor)

Sensorial: (1-10)

Afectivo: (11-15)

Evaluativo: (16)

Miscelánea: (17-20)

2. PPI (*Present pain index* = índice de intensidad del dolor)

3. Número de palabras escogidas

Figura 5. Cuestionario de dolor de McGill (49)

IV. ESCALA DE OXFORD

La escala de Oxford mide la fuerza muscular. Esto se puede utilizar en muchas situaciones y es una importante herramienta de mejora. En el manejo de un paciente

con dispareunia, se puede utilizar para evaluar la fuerza muscular de los abdominales pero también del suelo pélvico.

ESCALA DE OXFORD	
0	Cero. Contracción muscular ausente
1	Parpadeo Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpadeo o temblores musculares
3	Moderado Aumento de la presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Buena . Los dedos del examinador son apretados firmemente elevación de la pared posterior de la vagina con resistencia moderada
5	Fuerte Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima

Martínez, S. (2004). Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia*, 26(5), 266-280.

Figura 6. Escala de Oxford para la musculatura del suelo pélvico (50)

V. ESCALA PERFECT

La escala PERFECT se utiliza para evaluar la condición muscular del suelo pélvico de las pacientes. La prueba se desarrolla en cuatro etapas evaluando la fuerza, la resistencia, la fatigabilidad y finalmente la velocidad. Las puntuaciones obtenidas permiten identificar los déficits de las pacientes para mejorarlos (51).

P E R F E C T			
P	Power	Fuerza	Valorar de 0-5 por Oxford
E	Endurance	Resistencia	Tiempo manteniendo contracción máxima, sin perder la fuerza
R	Repetitions	Repeticiones	Número de repeticiones posibles, con período de descanso de 4 segundos
F	Fast	Rápidas	Número de contracciones rápidas después de un minuto de descanso
ECT	Every Contraction Time		Número de contracciones en un tiempo determinado

Tomado de: Walker, C (2013). *Fisioterapia en obstetricia y ginecología*. Elsevier, España

Figura 7. Escala PERFECT (50)

VI. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

El cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) nos permite estudiar la sexualidad femenina en varios campos. Está compuesto por 19 preguntas agrupadas en 6 áreas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y finalmente, dolor. Cada pregunta contiene 5 o 6 opciones de respuesta cuya puntuación varía de 0 a 5 puntos. Para obtener el resultado final, la puntuación de cada dominio se multiplica por un factor. Después de obtener el resultado en cada área y multiplicarlos por su factor correspondiente, podemos sumar cada uno para obtener el puntaje final. Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será la sexualidad.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alta confianza
 - Alta confianza
 - Moderada confianza
 - Baja confianza
 - Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre la mantengo
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Figura 8. Cuestionario Índice de función sexual femenina (FSFI) (51)

AGRADECIMIENTOS

La culminación de mis cuatro años de estudio y la realización de mi trabajo de fin de grado nunca hubiera sido posible sin la ayuda y el apoyo de las personas que me rodean. Gracias a ellos, pude construirme y mi motivación para superarme se vio creciendo. Es por ello que me gustaría expresarles mi más sincero agradecimiento.

A mi familia quien me transmitió los valores del trabajo, me apoyó durante todos los momentos de mi escolaridad y me permitió culminar estos estudios para realizar un trabajo que me gusta.

A mi tutora Anna quien sin ella hubiera sido difícil la realización de esta revisión. Gracias Anna por guiarme, aconsejarme e instruirme durante mis estudios.

A mi novio ya mis maravillosos amigos, que sin ellos estos años no hubieran sido tan bonitos.

NOTAS DEL AUTOR

Este trabajo fue importante para mí porque muchas patologías aún no están suficientemente atendidas. La dispareunia fue una de ellas y quería resaltar este punto. Muchas mujeres pueden sentirse solas y sin apoyo. Nuestro papel es hacer todo lo posible para mejorar su calidad de vida. Este trabajo me permitió confirmar mi profundo interés por esta especialidad. Me mostró que la fisioterapia puede jugar un papel importante en estas patologías y permitir que estas mujeres encuentren soluciones a sus problemas. Además, no esperaba tener tan pocos artículos sobre este tema. Como resultado, espero poder profundizar y contribuir a esta investigación en mi práctica. El hecho de realizar esta revisión me confirmó que para ser un buen profesional es necesario interesarse y formarse regularmente.