

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO EN MUJERES CON DISPAREUNIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Physiotherapeutic approach in women with dyspareunia: a bibliographic review

AUTOR

D.^a Paula Ruz Bujalance

DIRECTOR

Prof.^a Mónica Rodríguez Pérez



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso Académico
2019/2020
Convocatoria
Junio

Agradecimientos

A mi tutora Mónica, por motivarme desde el principio en el tema elegido.

A mis padres y mi hermano, porque sin su apoyo en cada una de las decisiones que he tomado, no habría conseguido llegar a donde estoy.

A mis amigas, porque a pesar de que pasen los años, siempre están ahí. En especial a Mónica.

A Anita y a Lina, porque han pasado de ser desconocidas a formar parte de mi vida.

A mis primos Pepe, Ana y Marta, porque a pesar de la distancia son pilares básicos de mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	13
3.1. <i>OBJETIVO PRINCIPAL</i>	13
3.2. <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	13
4. METODOLOGÍA	13
4.1 <i>DISEÑO</i>	13
4.2 <i>BASES DE DATOS</i>	13
4.3 <i>DESCRIPTORES Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</i>	13
4.4 <i>CRITERIOS DE SELECCIÓN</i>	14
4.5 <i>ANÁLISIS Y RECOGIDA DE DATOS</i>	14
5 RESULTADOS.....	16
6 DISCUSIÓN.....	18
7 CONCLUSIÓN	21
8 BIBLIOGRAFÍA.....	22
9 ANEXO I.....	25
11 ANEXO II	29
12 ANEXO III.....	36

RESUMEN

Introducción: La dispareunia es una patología que provoca dolor o molestia permanente o intermitente durante el coito; por consiguiente, pertenece al grupo de las disfunciones sexuales femeninas. Se trata de una patología que presenta una alta prevalencia a nivel mundial y muy poco abordado a nivel médico y fisioterapéutico por la falta de declaración de la patología por parte de las mujeres que la padecen. Presenta un amplio abanico de etiologías dependiendo del tipo de dispareunia: superficial o profunda. El papel del fisioterapeuta dentro del tratamiento multidisciplinario favorece la resolución de la patología y mejora la calidad de vida de la paciente.

Objetivo: El propósito de esta revisión fue analizar las diferentes técnicas fisioterapéuticas que se utilizan en la actualidad para la dispareunia.

Material y método: Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de marzo y abril buscando en diferentes bases de datos y motores de búsqueda como PubMed, PEDro, Scopus, Scielo, Cochrane, Medline, Web of Science. Se utilizó la metodología PRISMA para incluir las revisiones sistemáticas de mayor calidad, consiguiendo finalmente 6 revisiones que cumplían la mayoría de los criterios.

Resultados: Tras la revisión de las 6 revisiones sistemáticas, se encontraron diferentes técnicas fisioterapéuticas que utilizaban los autores como el biofeedback combinado con ejercicios de suelo pélvico, la terapia manual, los dilatadores y los conos vaginales, la electroterapia (*transcutaneous electrical nerve stimulation*), la termoterapia, los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico, entre otras. Se demostró una mejoría de la función sexual y de la calidad de vida de la paciente.

Conclusión: Finalmente, se extrae de la literatura diferentes técnicas que ofrecen resultados satisfactorios en el tratamiento de la dispareunia. Se destaca la terapia manual y el biofeedback como técnicas con mejores resultados, además de la terapia combinada que consiguen una resolución total de la patología. Se necesita mayor investigación de esta patología para poder concretar protocolos y frecuencias de tratamiento.

Palabras clave: “disfunción sexual femenina”, “disfunción del suelo pélvico”, “dispareunia”, “tratamiento fisioterapéutico”.

ABSTRACT

Introduction: Dyspareunia is a pathology that causes permanent or intermittent pain or discomfort during intercourse; therefore, it belongs to the group of female sexual dysfunctions. It is a pathology with a high prevalence worldwide and very little addressed at a medical and physiotherapeutic level due to the lack of declaration of the pathology by the women who suffer from it. It presents a wide range of etiologies depending on the type of dyspareunia: superficial or deep. The role of the physiotherapist within the multidisciplinary treatment favours the resolution of the pathology and improves the quality of life of the patient.

Objective: The purpose of this review was to analyze the different physiotherapy techniques currently used for dyspareunia.

Methodology: A bibliographic review was performed during the months of March and April by searching different databases and search engines such as PubMed, PEDro, Scopus, Scielo, Cochrane, Medline, Web of Science. PRISMA methodology was used to include the highest quality systematic reviews, finally achieving 6 reviews that fulfilled most of the criteria.

Results: After reviewing the 6 systematic reviews, different physiotherapy techniques were found to be used by the authors such as biofeedback combined with pelvic floor exercises, manual therapy, vaginal dilators and cones, electrotherapy (*transcutaneous electrical nerve stimulation*), thermotherapy, pelvic floor muscle strengthening exercises, among others. An improvement in the patient's sexual function and quality of life was demonstrated.

Conclusion: Finally, different techniques that offer satisfactory results in the treatment of dyspareunia are extracted from the literature. Manual therapy and biofeedback are highlighted as the techniques with the best results, in addition to the combined therapy that achieves a total resolution of the pathology. More research is needed on this pathology in order to specify protocols and treatment frequencies.

Keywords: 'dyspareunia', 'pelvic floor disorder', 'female sexual dysfunction', 'physical therapy'.

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, “la sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o se expresan siempre. La sexualidad está influida por interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.(1)

La sexualidad femenina se ha considerado mucho más compleja que la masculina provocando una falta de conocimiento de la respuesta sexual. Es por esto, que se conoce mucho más las disfunciones sexuales masculinas y su tratamiento. Fue en 1998 cuando se obtuvo el primer fármaco para el tratamiento de la disfunción eréctil. En ese mismo año, se reunió un equipo de investigadores para empezar a indagar sobre las disfunciones sexuales femeninas, lanzando en el año 2000 los resultados de dicha reunión en el *Journal of Urology* (2)

Según Muñoz y Camacho, “la disfunción sexual femenina (DSF) se define como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo y/o dolor durante la relación sexual, que genera estrés personal y tiene impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales.”(2)

La DSF tiene una alta prevalencia a nivel mundial sobre todo en mujeres postmenopáusicas. Se puede apreciar una correlación del avance de la edad y las disfunciones sexuales femeninas. El periodo reproductivo de la mujer hasta los treinta y cinco años influye en la calidad de los órganos sexuales femeninos y es después de este periodo cuando se inicia un decaimiento de la calidad de estos órganos.(2,3)

A pesar de tener una alta prevalencia, las mujeres no suelen acudir a consulta por factores ajenos a la paciente (tema poco hablado, vergüenza, falta de información) y por factores médicos (falta de formación a los profesionales sobre estos temas, no hay demanda por parte de las afectadas) haciendo que no esté cubierta este tipo de patologías.(4)

1.1. Anatomía implicada en las disfunciones sexuales femeninas

La anatomía del suelo pélvico tiene una gran complejidad que incluye a una serie de estructuras ligamentosas, estructuras óseas, musculatura, contenido visceral e inervación

haciendo posible su función de soporte y control de los órganos pélvicos. (véase con mayor detalle en el ANEXO I).

La musculatura más influyente en la respuesta sexual femenina fisiológica son el músculo isquiocavernoso, el bulbocavernoso, el transverso profundo, el transverso superficial y el elevador del ano. La función de estos músculos a través de su contracción, entre otras, es que la mujer llegue al punto óptimo de excitación y tenga una buena respuesta en el orgasmo. Además, participan en el control de esfínteres tanto uretral como anal.(5,6)

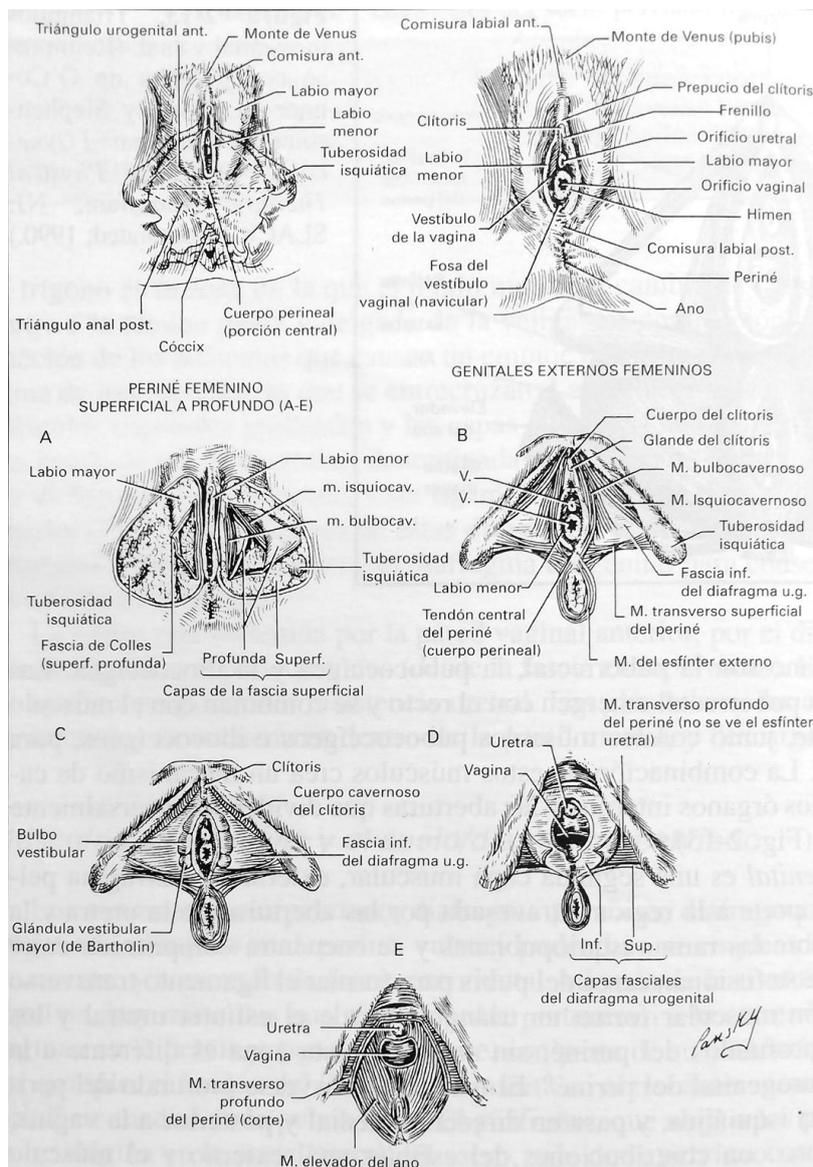


Ilustración 1 Capas musculares del suelo pélvico y órganos genitales externos(7)

Otras estructuras importantes en esta respuesta, son los órganos genitales externos que tienen una alta sensibilidad por la gran vascularización e inervación de la zona: son la vagina, los labios menores y mayores y el clítoris, entre otros.

Las diferentes capas de la vagina y sus diferentes células que las forman juegan un papel importante en la lubricación y en la estimulación en el acto sexual.(6) (Véase con mayor detalle en el ANEXO I)

1.2. Etiología y tipos de las disfunciones sexuales femeninas

La DSF tiene una estrecha relación con disfunciones del suelo pélvico como la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia fecal y los prolapsos de los genitales; ya que pueden tener un impacto sobre la función sexual de la mujer tanto por alteraciones físicas como emocionales (mala imagen corporal, autoestima).(7) Es importante hacer una buena exploración y entrevista clínica para poder llegar a la etiología del problema.(8)

La etiología de las disfunciones sexuales femeninas abarca un gran repertorio de causas(9) tanto psicológicas, fisiológicas, neurofisiológicas, viscerales y un largo etcétera; por lo que deben ser tratadas con un abordaje multidisciplinar, no solo fisioterapéutico. (10)

- Alteración hormonal: la disminución de estrógenos provoca una menor lubricación junto con la bajada de la libido, esto produce pérdida de tonicidad y elasticidad de la vagina además de la pérdida del deseo y de la sensibilidad sexual.(7)
- Patología asociada:
 - o Diabetes: disminución de lubricación asociada a dispareunia.
 - o Disfunción tiroidea: inhibición del deseo sexual por la falta de andrógenos.
 - o Artritis: el dolor permanente les provoca una vaginitis atrófica asociado con dispareunia y falta de deseo sexual.
 - o Vulvodinia: conocida también por la neuralgia pudenda. Se trata de dolor constante o intermitente.
 - o Endometriosis: provoca dolor y hemorragias.
 - o Infecciones vaginales: bacterianas, fúngicas o inflamatorias asociadas a la dispareunia o el vaginismo.
 - o Vaginitis atrófica: la falta de estrógenos asociada a la dispareunia.(7)
- Lesiones directas: parto, prolapsos de órganos pelvianos, histerectomías.(7)

- Alteración neurológica: lesionadas medulares. Pueden alcanzar el orgasmo a través del nervio vago, por estimulación del cérvix u otras zonas erógenas.(7)

Ya se han mencionado anteriormente algunas disfunciones sexuales que se explicarán a continuación en profundidad según la clasificación CIE-10, que corresponde a la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades y la clasificación DSM-IV-TR (American Psychiatric Association):

Tabla 1 Tipos de disfunciones sexuales femeninas(4,11–13)

Definición y clasificación de las disfunciones sexuales femeninas

Trastornos del deseo sexual	Trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino	Persistente o recidivante deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y/o deseo, o receptividad de actividad sexual, causando angustia o malestar acusado.
	Trastorno por aversión al sexo	Persistente o recidivante aversión fóbica para evitar el contacto genital sexual con una pareja, causando angustia o malestar acusado.
Trastornos de excitación sexual	Trastorno de la excitación sexual femenina	Persistente o recidivante incapacidad para obtener o mantener suficiente lubricación durante la excitación sexual hasta el final de la práctica, causando angustia o malestar acusado.
Trastornos orgásmicos	Trastorno del orgasmo femenino	Persistente o recidivante dificultad, retraso o ausencia de llegar al orgasmo luego de una fase de excitación normal, causando angustia o malestar acusado.
Trastornos sexuales por dolor	Dispareunia	Persistente o recidivante dolor genital o dolor durante la relación coital, causando angustia o malestar acusado.
	Vaginismo	Persistente o recurrente contracción involuntaria del tercio externo de la vagina que interfiere en la penetración vaginal.
Otras disfunciones	Trastorno sexual inducido por sustancias	

1.3. Etiología y tipos de dispareunia

La causa psicógena tiene un gran peso en la mayoría de la DSF. En los trastornos sexuales por dolor es donde la fisioterapia juega un papel importante para mejorar la calidad de vida de las pacientes, aunque es la dispareunia la que se puede abordar con el tratamiento fisioterapéutico ya que el vaginismo se debe en el 99% de los casos a una alteración psicógena. (11)

La dispareunia consiste en un persistente o recidivante dolor genital o dolor durante la relación coital, causando angustia o malestar acusado. Además, es un término que alberga síntomas también como desgarros, escozores, ardores o quemazones, desagrado o picor. (14)

Las causas físicas de la dispareunia se clasifican dependiendo de la zona anatómica afectada, puede ser superficial o externa y profunda o interna. En el siguiente cuadro se exponen las causas de las dos manifestaciones clínicas de la dispareunia.

Tabla 2 Causas de la dispareunia (15)

Causas de la dispareunia superficial y profunda

Dolor superficial	Dolor profundo
Edad reproductiva: <ul style="list-style-type: none"> - Cándida recidivante - Virus del herpes simple - Vaginismo (primario o secundario) - Dermatitis vulvar (alérgenos comunes) - Postparto (después de dar el pecho) - Absceso de Bartolini 	<ul style="list-style-type: none"> - Endometriosis (signo patognomónico) - Patología pélvica (quistes, fibrosis, neoplasias) - Enfermedad pélvica inflamatoria - Iatrogénica (vagina corta o estrecha, cambios post-radioterápicos, mutilación genital femenina)
Edad postreproductiva: <ul style="list-style-type: none"> - Atrofia vulvovaginal - Dermatitis genital (como liquen escleroso) - Vaginismo (primario y secundario) - Dermatitis vulvar (relacionado con incontinencia urinaria) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico crónico - Disfunciones del suelo pélvico (mecánico, anatómico, retroversión, prolapsos) - Congestión pélvica (dolor postcoital) - Causas no ginecológicas (enfermedad intestinal inflamatoria, infecciones del tracto urinario)
Causas menos comunes: <ul style="list-style-type: none"> - Iatrogénico (trauma perineal, radioterapia, mutilación genital femenina) - Neurológico (dolor neuropático o enfermedad neurológica) - Estructuras vaginales anormales 	

-
- Malignidad (neoplasia vaginal o vulvar)
-

1.4. Tratamiento fisioterapéutico

La figura del fisioterapeuta puede ejercer una importante función en el tratamiento de este tipo de disfunción sexual y formar parte del tratamiento multidisciplinar disminuyendo los síntomas y aumentando la calidad de vida de las pacientes.(16)

Se consigue a través de los siguientes objetivos de fisioterapia en la dispareunia:

- Disminuir el dolor a nivel local.(1)
- Tonificar la musculatura del suelo pélvico.(1)
- Aumentar la elasticidad de la musculatura y la apertura vaginal.(1)
- Mejorar la relajación muscular.(1)
- Aumentar la consciencia de la musculatura del suelo pélvico y la propiocepción.(1)

Los tratamientos fisioterapéuticos más utilizados para este tipo de patología son las siguientes:

- Terapia miofascial: se trata de la liberación de puntos gatillo dentro de bandas de tensión en la musculatura del suelo pélvico. Pueden utilizarse maniobras de masaje intravaginal o de forma más superficial.(7)
- TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*): se trata de un tipo de electroterapia que a bajas intensidades provoca un efecto analgésico con una inhibición nociceptiva que provoca.(17)
- Termoterapia: se trata de la aplicación de calor a nivel local, teniendo en cuenta que la temperatura corporal dependiendo del tejido que a tratar varía, habría que llevarlo a cabo con cautela en la zona del suelo pélvico.(1)
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico: hay una gran variedad de ejercicios que están enfocados a la tonificación de esta musculatura mediante el control de su contracción y el control de la respiración como la gimnasia abdominal hipopresiva o los ejercicios de Kegel.(18)
- Terapia de inserción: los conos vaginales, que con diferentes pesos, se colocan intravaginalmente forzando la musculatura del suelo pélvico(19), y los dilatadores vaginales, con diferentes tamaños permiten la apertura del introito vaginal. Algunos dilatadores presentan diferentes funciones añadidas como vibración, frío o calor.(20)

- EMG (electromiografía) con *biofeedback*: esta técnica permite monitorizar la actividad de la contracción y relajación muscular del suelo pélvico, y así, la paciente puede reconocer la sensación de relajación de su musculatura con la información que recibe de la pantalla.(17)



Ilustración 2 Técnicas de fisioterapia en la dispareunia(21)

La educación de las mujeres sobre la anatomía y la función de su suelo pélvico juega un papel importante también como coadyuvante del tratamiento de la patología. El conocimiento de su suelo pélvico les permite ejercer un control de la actividad y relajación de esta musculatura.(22)

1.5. Índice de la función sexual femenina

El índice de la función sexual femenina es una herramienta, con alta evidencia, que se utiliza para la medición de la función sexual. Consta de 19 ítems divididos en 6 subescalas: deseo sexual (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19).

La puntuación total de la escala oscila entre 2 y 36, cuanto más alta sea la puntuación, mejor es la función sexual.(23,24) (véase en el ANEXO II)

2. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la alta prevalencia de esta patología, es un tema poco tratado en la actualidad porque al ser una enfermedad que no afecta directamente a la reproducción, no se le ha dado la importancia que realmente tiene. Es relevante darle visibilidad ya que afecta a la calidad de vida de la paciente y a su salud sexual.(12)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar las diferentes técnicas de fisioterapia en la dispareunia.

3.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Revisar las distintas técnicas de fisioterapia en la dispareunia.
- Comparar la efectividad de las técnicas mencionadas anteriormente.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura actualmente publicada sobre el abordaje fisioterapéutico en pacientes con dispareunia.

4.2 Bases de datos

El proceso de búsqueda se ha llevado a cabo entre los meses de marzo y abril de 2020.

Las bases de datos utilizadas son las siguientes: PubMed, PEDro, Medline, SciELO, Scopus, MedLine, CINAHL, Web of Science y LiLACS.

4.3 Descriptores y estrategia de búsqueda

Para realizar la búsqueda se utilizaron los siguientes términos MeSH o palabras clave: “pelvic floor disorder”, “dyspareunia”, “physical therapy”, “female sexual dysfunction”. También se usó el operador booleano “AND”.

4.4 Criterios de selección

Tabla 3 Criterios de selección

Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Revisiones sistemáticas	Mujeres <15 años y/o >75 años
Humanos	Causas no ginecológicas
Últimos 10 años	Causas exclusivamente psicógenas
Idioma: español, inglés, portugués y francés	Artículos sin acceso al texto completo
	Hombres

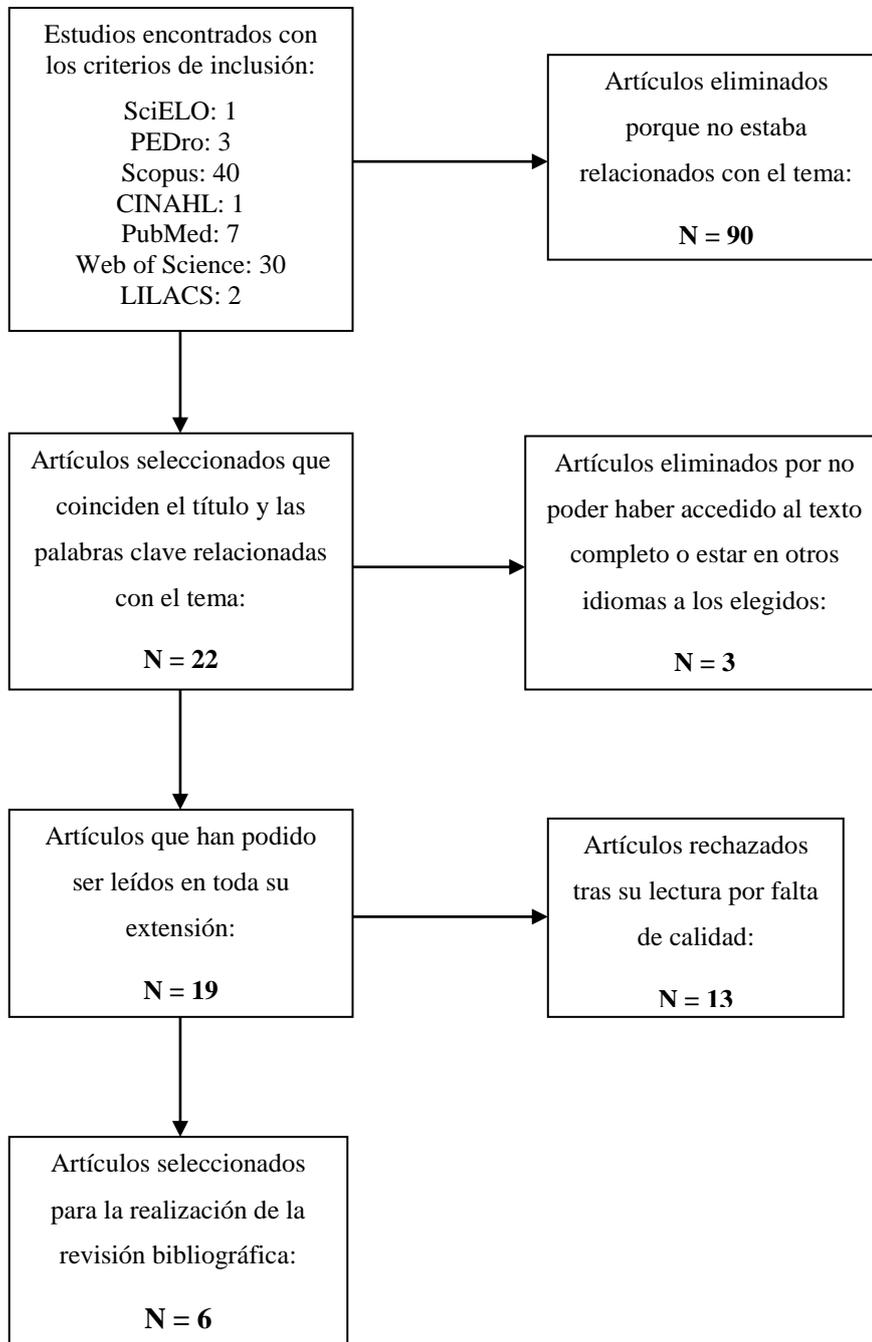
4.5 Análisis y recogida de datos

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos anteriores e incluyendo los criterios de inclusión se han obtenido 111 artículos, de los cuales se seleccionaron 21 artículos que trataban del tema. Se eliminaron 3 artículos porque no estaban en el idioma que se incluía en los criterios de inclusión además de no poder acceder a toda la extensión del texto. Una vez se realizó la lectura de los artículos, finalmente se seleccionaron 6 artículos que eran interesantes para llevar a cabo la revisión bibliográfica.

Se excluyeron el resto de artículos por su poca evidencia y calidad de metodología y estructura. Para la selección de estos artículos se ha utilizado el checklist de PRISMA, herramienta muy útil para ver la calidad de las revisiones sistemáticas. Solo las que han presentado la mayoría de los ítems se han usado para la realización de esta revisión. La tabla se puede ver en el ANEXO III.

A continuación, se expone el diagrama de flujo según la metodología PRISMA.(25)

Tabla 4 Diagrama de flujo según la metodología PRISMA



5 RESULTADOS

Tabla 5 Resultados de la revisión bibliográfica

Autor y año	Tipo de estudio	Población	Patologías asociadas	Técnicas fisioterapéuticas	Resultados
Trahan et al, 2019(26)	Revisión sistemática	Mujeres entre 18 y 75 años aprox.	Dismenorrea, infertilidad, dolor abdominopelviano	Terapia manual: <ul style="list-style-type: none"> - Masaje transvaginal con el método Thiele - Técnica Wurn - Uterovesical y terapia miofascial - Tratamiento de puntos gatillo - Estiramiento intravaginal y maniobras compresivas 	Según la escala FSFI (Índice de la Función Sexual Femenina) se produjo una mejora de la puntuación tras la realización de las técnicas aplicadas en los diferentes estudios.
Ensor y Newton, 2014(27)	Revisión sistemática	Una mujer de 45 años	Incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> - Movilización del tejido blando. - Biofeedback - Ejercicios del suelo pélvico 	Disminuyen el dolor y mejoran la función sexual en mujeres de mediana edad.
Morin et al., 2017(28)	Revisión sistemática		Vulvodinia o dispareunia superficial	<ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback combinado con ejercicios del suelo pélvico - Dilatadores y técnicas de inserción - Electroestimulación - Terapia manual: estiramiento, masaje y 	Se produce una disminución del dolor y una mejora de la función sexual con el biofeedback, los dilatadores y técnicas de inserción y la educación sexual (aislado o con otros tratamientos). La electroestimulación también mejoró el dolor pero hay evidencia de que mejore más que el grupo control.

				técnicas miofasciales	
				- Educación	
				- Terapia física multimodal	
Lee, 2018(29)	Revisión sistemática	Mujeres jóvenes de 25 años aprox.	Se abordan diferentes patologías incluyendo una de ellas la dispareunia.	- Dilatadores vaginales	Se utiliza en mujeres con dispareunia mejorando la oxigenación de los tejidos y la tensión muscular, por lo tanto, beneficiando a la mujer física y psíquicamente.
Berghmans, 2018(30)	Revisión sistemática		Trata el síndrome del dolor pélvico crónico en el que se incluye la dispareunia como patología.	- Terapia miofascial - Ejercicios de fuerza - Ejercicios de estiramiento de los tejidos	Este abordaje fisioterapéutico provoca una restauración de la longitud de los tejidos fasciales del suelo pélvico disminuyendo la dispareunia.
Rochera, 2016(1)	Revisión sistemática		Disfunciones sexuales por dolor (dispareunia)	- Ejercicios de Kegel - Conos vaginales - Biofeedback - Termoterapia - Electroestimulación - Terapia miofascial	Se consiguen los objetivos fisioterapéuticos a través de la educación, biofeedback, terapia manual y técnicas de inserción (conos vaginales).

En esta tabla, se exponen los datos encontrados en las seis revisiones sistemáticas que se van a utilizar en este trabajo con el objeto de analizar las diferentes técnicas de fisioterapia en la dispareunia.

6 DISCUSIÓN

En las seis revisiones sistemáticas revisadas se han encontrado diferentes técnicas fisioterapéuticas que denotan la mejoría de las pacientes en su función sexual, dolor y calidad de vida.(1,16,26–29)

En función de los diferentes objetivos de fisioterapia en la dispareunia, se abordarán las diferentes técnicas. Uno de los objetivos principales es la disminución del dolor(1), para ello se utiliza el tratamiento de puntos gatillo en dos de las revisiones consultadas(1,26), mediante maniobras compresivas y de estiramiento de la zona a tratar. En el estudio de Trahan, se obtiene una mejora del FSFI (índice de la función sexual femenina) (véase en el ANEXO II) después del tratamiento. Sin embargo, en la revisión de Morin, se utilizan diferentes técnicas como el *biofeedback*, que demostró una resolución total del dolor en el 52% de la muestra después de 16 semanas de tratamiento(28) y la electroestimulación, combinado con ejercicios de la musculatura del suelo pélvico. (26)

En la revisión de Rochera, además de coincidir con Morin en el uso de la electroestimulación, se especifica que es altamente efectivo la aplicación de corrientes de baja frecuencia para generar el efecto analgésico.(1)

Para conseguir un aumento de la consciencia y propiocepción de la musculatura del suelo pélvico(1), en la revisión de Rochera y Morin se propone el uso de la electroestimulación(1,28), siendo el TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*) la forma más utilizada.(28)

En cambio, otros autores proponen el biofeedback con resultados muy buenos(1,27,28)la técnica más efectiva según Rochera(1), ya que el 50% de las mujeres sin sintomatología presentan dificultades al realizar la contracción de la musculatura con solo el estímulo verbal, por lo que la información visual que reciben de la actividad de sus músculos les permite realizar los ejercicios con mayor control (28).

Además, en las revisiones de Berghmans y Morin, se considera la educación sexual de las mujeres como un inicio del tratamiento para que éstas puedan conocer su anatomía y fisiología, y así, sean conscientes de su musculatura a la hora de realizar el tratamiento.(28,30)

La tonificación de la musculatura del suelo pélvico está asociado también a una mejora de la función sexual(1), es propuesto por el mismo autor que los ejercicios de Kegel,

que con las contracciones y relajaciones de la musculatura, y los conos vaginales, con el peso que poseen obligan a la musculatura a resistir ese peso dentro de la vagina. La ventaja de estas dos opciones, es que se pueden realizar en casa, habiendo sido dirigido la primera vez por un fisioterapeuta.(1)

Además, en la revisión de Ensor y Newton, se propone para hacer en casa un programa de ejercicios con automovilización de los tejidos blandos y ejercicio terapéutico. (27)

Otro de los objetivos es la mejora de la relajación muscular(1), ya que la hipertonicidad de la musculatura del suelo pélvico favorece la dispareunia.(27) Varios autores (26,27,29) coinciden en que los dilatadores vaginales en combinación con otros tratamientos o después del tratamiento fisioterapéutico, provocan un cambio beneficioso en el dolor o en la función sexual. Se realizó un estudio en mujeres con dispareunia en la que se medía función sexual y se demostró una mejoría de la puntuación y en el FSFI (índice de la función sexual femenina) que representó una diferencia clínicamente significativa entre los valores pre- y postintervención. Se utilizó la movilización de los tejidos blandos además de los dilatadores vaginales.(27)

En cambio, en la revisión de Trahan se propone la técnica Wurn, que consiste en una técnica de terapia manual que con tracciones del tejido blando consigue una disminución de la tensión de la musculatura. En los estudios realizados con esta técnica, se demuestra que la mejoría del dolor se mantuvo en el tiempo ya que a 7 de las 18 pacientes de la muestra, les hicieron un seguimiento de los síntomas según la escala Mankoski del dolor a los 4 y a los 12 meses.(26)

En contraposición a la técnica anterior, se propone el tratamiento de los puntos gatillo para aliviar el dolor en las revisiones de Rochera y Trahan.(1,26) Se realiza mediante masaje, estiramiento, uso de punción seca y también mejorando la movilidad de las fascias. (1)

El último objetivo para la resolución de la dispareunia es el aumento de la elasticidad de la musculatura y la apertura vaginal(1) que diferentes autores proponen los dilatadores vaginales como opción ya que se puede ir aumentando el tamaño del dilatador, y así, conseguir esa distensión vaginal (26,27,29). Sin embargo, en otra de las revisiones se afirma que el uso de la termoterapia, que consigue disminuir la resistencia al estiramiento y facilita la flexibilización del colágeno de los tejidos blandos.(1) Asimismo, en la revisión de Morin, se propone la electroestimulación como técnica para

conseguir la elasticidad de los tejidos aunque se destaca el no haber realizado la comparación con un grupo control, por lo que se extrae la evidencia a través de los resultados validados de la muestra con la patología. (28)

Un tema muy tratado en los artículos de elección ha sido la educación sexual, que se utiliza como punto inicial del tratamiento fisioterapéutico aportando una serie de conocimientos a las mujeres sobre su anatomía y función sexual para que sean conscientes de cómo deben ser sus relaciones y ser capaces de identificar algún tipo de disfunción.(28,30) Además también se abordan temas como los hábitos de higiene vulvar, evasión de irritantes, modificación del comportamiento y técnicas de disminución del estrés.(28)

Una de las formas de tratamiento que resuelve la dispareunia al completo albergando todos los objetivos fisioterapéuticos es la terapia combinada.(28,30) Dependiendo de los diferentes autores las terapias las combinan de diferentes maneras pero varios ejemplos serían: en la revisión de Morin se llega a una recuperación total del dolor al combinar terapia manual, estiramientos, ejercicios de suelo pélvico con o sin control de biofeedback y educación(28); otra combinación de terapias que suele repetirse en la literatura es la educación, ejercicios de suelo pélvico, terapia manual, uso del biofeedback, estiramientos y técnicas de inserción (conos y dilatadores vaginales).(28)

El tiempo de tratamiento de la dispareunia dependerá de la técnica o conjunto de técnicas pero no hay consenso sobre qué tiempo y número de sesiones ni hay protocolos establecidos.(26–28) En la revisión de Morin, los diferentes ensayos clínicos proponen la terapia combinada en tiempos muy variados desde 3 a 8 sesiones y durante 8/12 semanas a tratamientos de 15 a 31 sesiones durante un año y 6 meses.(28)

En la terapia manual, también se presenta un desconcierto en los tiempos de tratamiento, ya que dependerá de la técnica utilizada y el tipo de paciente pero en uno de los ensayos se compara un grupo que recibe terapia manual 3 veces a la semana durante 20 minutos por sesión y otro grupo que recibió el mismo tratamiento pero una sesión de 60 minutos a la semana durante 6 semanas. El objetivo de este estudio era llegar a disminuir los costes sanitarias y aumentar la eficiencia clínica.(26)

Por último, en la revisión de Trahan, se aborda con insistencia el tema de la duración y frecuencia de tratamiento en el que según el autor se proponen tratamientos entre 4 y 12 semanas, por lo general, llegando algunos autores hasta 12 meses. Otros estudios que

revisa este autor describe frecuencias de 8 sesiones en un periodo de 12 semanas, tratamientos de 1 sesión al mes o 3 sesiones a la semana.(27)

7 CONCLUSIÓN

Tras la revisión de estos artículos se concluye que hay diferentes técnicas de fisioterapia que se utilizan para el tratamiento de la dispareunia con la obtención de resultados satisfactorios que resuelven la patología. Además, el *biofeedback* durante los ejercicios de suelo pélvico y la terapia manual son las técnicas que han ofrecido mejores resultados. La combinación de las diferentes terapias consigue eliminar por completo el dolor en estas pacientes, por lo que, este tipo de tratamiento sería el más adecuado.

En los diferentes artículos se menciona la falta de protocolos y tiempos de tratamiento determinados, además de la falta de investigación en esta patología.

Se propone para investigaciones futuras llevar a cabo ensayos clínicos con terapias combinadas con diferentes tiempos de tratamiento para conseguir elaborar una guía de práctica clínica.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Rochera MB. Physiotherapy in Treating Sexual Pain Disorders in Women: A Systematic Review. *Adv Sex Med.* 2016;06(03):26-32.
2. Muñoz ADP, Camacho PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):168–180.
3. García Chaves D, Jiménez Campos H. Aging of the Urogenital System and Female Sexual Dysfunction. *Med Leg Costa Rica.* 2018;35(2):71–78.
4. Bechara A, Casabé A, Bertolino V. Disfuncion sexual femenina. *Rev Argent Urol.* 2002;67(4):187–200.
5. Katya Carrillo G, Antonella Sanguinetti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev Médica Clínica Las Condes.* marzo de 2013;24(2):185-9.
6. Espuña M, Puig M. Capítulo 14 Bases anatómicas de la disfunción sexual en mujeres con problemas uroginecológicos. :12.
7. Rochera MB. Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas. Editorial Club Universitario; 2013. 10-20 p.
8. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología. 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana de España, S.A.U.; 2003.
9. Roos A-M, Speksnijder L, Steensma AB. Postpartum sexual function; the importance of the levator ani muscle. *Int Urogynecology J* [Internet]. 24 de febrero de 2020 [citado 20 de marzo de 2020]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-020-04250-3>
10. Alexandra Carvalheira A. Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexualógica. *Rev Int Andrología.* enero de 2007;5(1):88-91.
11. Alcoba Valls SL, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales: atención primaria de calidad. Madrid: International Marketing & Communications; 2004.
12. Correa M. Factores orgánicos relacionados con la disfunción sexual femenina. *Rev Sexol Soc.* 2014;20(1).
13. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol.* enero de 2003;24(4):221-9.
14. Myers DG. Psicología. Ed. Médica Panamericana; 2006.
15. Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, Frodsham LCG. Dyspareunia. *BMJ.* 19 de junio de 2018;k2341.

16. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecology J*. mayo de 2018;29(5):631-8.
17. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. *J Sex Marital Ther*. julio de 2013;39(4):306-20.
18. Ruiz de Viñaspre Hernández R. Eficacia de la gimnasia abdominal hipopresiva en la rehabilitación del suelo pélvico de las mujeres: revisión sistemática. *Actas Urol Esp*. noviembre de 2018;42(9):557-66.
19. Carboni C, Schwartzman R. La importancia del fisioterapeuta pélvico en las disfunciones sexuales femeninas. :9.
20. Liu M, Juravic M, Mazza G, Krychman ML. Vaginal Dilators: Issues and Answers. *Sex Med Rev*. enero de 2020;S2050052119301258.
21. https://www.google.com/search?q=conos+vaginales&tbm=isch&ved=2ahUKEwiN6Lyy0c_pAhVN4OAKHd2lC0cQ2-cCegQIABAA&oq=conos+vaginales&gs_lcp=CgNpbWcQAzoECCMQJzoECAAQQzoCCAA6BQgAEIMBUMqCAli9mAJgw5kCaABwAHgAgAF7iAGwCZIBBD EzLjKYAQCgAQGqAQnd3Mtd2l6LWltZw&sclient=img&ei=Ug3MXo33Os3Agwfdy664BA&bih=608&biw=1366
22. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecology J*. noviembre de 2019;30(11):1849-55.
23. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de febrero de 2020;17(3):994.
24. Blümel M JE, Binfá E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2004 [citado 7 de mayo de 2020];69(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
26. Trahan J, Leger E, Allen M, Koebele R, Yoffe MB, Simon C, et al. The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *J Women's Health Phys Ther*. 2019;43(1):28-35.

27. Ensor AW, Newton RA. The Role of Biofeedback and Soft Tissue Mobilization in the Treatment of Dyspareunia: A Systematic Review. *J Women's Health Phys Ther.* 2014;38(2):74-80.
28. Morin M, Carroll M-S, Bergeron S. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev.* julio de 2017;5(3):295-322.
29. Lee Y. Patients' perception and adherence to vaginal dilator therapy: a systematic review and synthesis employing symbolic interactionism. *Patient Prefer Adherence.* abril de 2018;Volume 12:551-60.
30. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecology J.* mayo de 2018;29(5):631-8.
31. García IR, Ratto LB, Frau SK. Rehabilitación del suelo pélvico femenino: práctica clínica basada en la evidencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
32. Cabero i Roura, Lluís, and Eduardo Cabrillo Rodríguez. Tratado de ginecología y obstetricia / director, Luis Cabero Roura ; coordinador general, Eduardo Cabrillo Rodríguez. Médica Panamericana, 2012.
33. Carrillo GK, Sanguineti MA. Anatomía del piso pélvico. *Rev Medica Clin Las Condes.* 2013;24(2):185-189.
34. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol.* 2004;6(Suppl 5):S2.
35. Porta O, España M. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico. Marge Books; 2016.

9 ANEXO I

Anatomía del aparato reproductor femenino

Estructuras óseas

Una de las funciones primordiales de esta estructura en la mujer es la protección de los órganos sexuales femeninos y del feto en las primeras semanas de gestación.(8)

La pelvis es un punto clave del esqueleto humano que relaciona los miembros inferiores con el tronco. Está formada por dos huesos coxales, el sacro y el hueso coccígeo.(8)

La parte anterior del sacro y el coxis delimitan la parte posterior de la pelvis. Al sacro se le unen a cada lado un hueso coxal por medio de la articulación sacroilíaca, que formarán la parte lateral hasta unirse en la parte anterior a través de la sínfisis púbica.(8,31,32)

Los huesos coxales están formados a su vez por el ílion, el isquion y el pubis que se terminan de osificar alrededor de los 24-25 años dando forma en su punto de unión al cotilo o acetábulo, que articulará con la cabeza femoral.(8)

Estructuras ligamentosas

En la cintura pélvica, se presenta una serie de refuerzos óseos en forma de ligamentos para ofrecer mayor estabilidad en sus movimientos protegiendo el contenido visceral de la pelvis.(8)

- Ligamentos abdominopelvianos: iliolumbar, inguinal y lacunar.
- Ligamentos sacroilíacos: anterior, posterior e interóseo.
- Ligamentos sacroisquíaticos: sacrotuberoso y sacroespinoso.
- Ligamentos sacrococcígeos: anterior, posterior y lateral.
- Ligamentos pubianos: pubiano superior, pubiano inferior y pectíneo.(8)

Contenido visceral

La pelvis femenina alberga el aparato reproductor femenino y las partes terminales del aparato urinario y digestivo. De anterior a posterior se sitúa la vejiga, el útero, las trompas uterinas (hacia los laterales) y el recto; por debajo de la región peritoneal, que da lugar a los fondos de saco vesicouterino y rectouterino.(8,31)

- La vejiga es un órgano con forma redonda que almacena la orina procedente de los riñones, puede llegar a aumentar su tamaño hasta el ombligo cuando se llena. Se sitúa justo posterior a las ramas púbicas y se encuentra unida en su parte posterior al útero a través del fondo de saco vesicouterino que forma el peritoneo. Contiene en su interior el músculo detrusor que participará en el control de la micción. De la parte más distal de este órgano (el cuello), se origina la uretra, de unos 4 cm de longitud y acaba en el esfínter uretral externo. Existe una coordinación de la musculatura estriada y lisa para controlar la apertura y cierre de los esfínteres de la uretra.(8,31,32)
- El útero es un órgano con forma de pera y del tamaño de un puño aproximadamente. Se encuentra situado posterior a la vejiga y anterior al recto. Su parte más superior (el fondo) y la parte media (el cuerpo) se hallan reposados sobre la vejiga formando un ángulo mayor de 90° con respecto a la vagina, que se encontrará más caudal. Dependiendo del nivel de llenado de la vejiga, el ángulo variará.(8,31)

Las trompas de Falopio se originan en el fondo del útero. Son unos conductos que se van ensanchando hasta su parte más distal formando unas proyecciones llamadas fimbrias que rodean al ovario. Estas proyecciones recogen al óvulo cuando se produce la ovulación.(8)

Los ovarios son los órganos sexuales que excretan al exterior de ellos en el proceso mencionado anteriormente un óvulo. Es interesante mencionar sus medios de fijación a través del ligamento propio del ovario, el mesoovario y el ligamento suspensorio. (31,32)Éste último es un pliegue que une el extremo superior del ovario con las apófisis transversas de las últimas vértebras lumbares, por encima de los vasos ilíacos y el músculo psoas.(32)

- La vagina es el órgano sexual que tiene el contacto directo con el miembro viril y recibe el contenido seminal en el acto sexual, además de ser el canal de parto natural. Se une en su parte craneal al útero a través del cérvix o cuello del útero y en su parte distal tiene relación con el exterior finalizando en los labios menores.(31,32) Es importante mencionar las capas que presenta, ya que luego se verán diferentes DSF que tendrán relación con ellas.
 - Capa mucosa: dispuesta en pliegues, permite la distensión vaginal durante el coito.

- Capa muscular: musculatura lisa dispuesta longitudinal y circularmente, permite la distensión durante el parto.
 - Capa fibrosa.(32)
- El recto y el conducto anal se sitúan en la parte más posterior del suelo pélvico teniendo su relación anterior con el útero formando el fondo de saco rectouterino y relacionado posteriormente con la fascia rectosacra, que une el recto con la parte anterior del sacro.(8,32) Presenta en su interior una serie de pliegues en la mucosa y dos esfínteres responsables de mantener la continencia fecal: el esfínter puborrectal y el esfínter anal externo. Su conexión con el exterior sería el ano, que presenta una gran vascularización.(8)

Musculatura del suelo pélvico

La musculatura del suelo pélvico tapiza la parte más caudal de la pelvis soportando el peso de las vísceras de la cavidad abdominopélvica.(31) Se clasifica la musculatura según la profundidad del plano en el que se encuentran:

- Periné: corresponde a la parte más superficial del suelo pélvico. En posición obstétrica, se aprecia su forma romboidal. Forma dos triángulos divididos por una línea imaginaria trazada entre las dos tuberosidades isquiáticas que sirve para diferenciar el triángulo anal – más posterior – que forma la región anal, y el triángulo urogenital – más anterior – que forma la región urogenital.(31) Visualmente, podemos observar:
 - Labios mayores: pliegues engrosados de la piel que rodean la zona bulbar y que se unen anteriormente formando el monte de Venus, que protege la sínfisis púbica.(32)
 - Labios menores: se encuentran interiores a los labios mayores y rodean al clítoris formando el prepucio del clítoris – anterior – y el frenillo del clítoris – posterior.(32)
 - Clítoris: es el órgano eréctil de la mujer. En la superficie se encuentra el glande y se continúa en su interior por dos cuerpos cavernosos bifurcados y unidos a la sínfisis púbica por el ligamento suspensorio.(32) El músculo isquiocavernoso actúa en la erección de este órgano de función sexual.(31)

- Región urogenital: se encuentra más profundo que el periné y presenta dos capas musculares separadas por tejido conjuntivo. El orden de superficial a profundo sería: la fascia perineal, la musculatura perineal superficial, la membrana perineal y la musculatura perineal profunda.(31)

- Musculatura perineal superficial: transverso superficial del periné, bulboesponjoso e isquiocavernoso.(31)
- Musculatura perineal profunda: transverso profundo del periné, esfínter externo de la uretra, compresor de la uretra y esfínter uretrovaginal.(31)

El transverso superficial y el profundo del periné se originan en las tuberosidades isquiáticas y se dirigen al centro fibroso del periné y cumplen la función de soporte de las vísceras abdominopélvicas y los diferentes cambios de presiones intraabdominales.(8,31)

- Diafragma pélvico: se presenta como la capa más profunda de la musculatura del suelo pélvico. Está formado principalmente por dos músculos: el músculo coccígeo (isquiococcígeo) y el músculo elevador del ano.(8,31,33) Hay una estructura de tejido conectivo denso llamada arco tendinoso del elevador del ano que sirve como inserción para esta musculatura y tiene su origen en la parte posterosuperior de la rama púbica hasta las espinas isquiáticas.(34)

- Músculo coccígeo: su función es la de sostén y con forma de abanico(31) se origina en la espina ciática y el ligamento sacroespinoso para insertarse en la parte anterior y lateral del sacro y el hueso coccígeo.(8)
- Músculo elevador del ano: abarca la mayor parte del diafragma pélvico.(31,33) Junto con el músculo coccígeo sostienen las vísceras internas y dan salida al aparato urogenital y digestivo a través de sus esfínteres.(8) Este músculo está formado por cuatro fascículos, de medial a lateral:

- Puborrectal: desde la parte posterior del pubis hasta la parte posterior de la abertura rectal. Actúa sobre el ángulo rectal interviniendo en la continencia fecal.(31)
- Pubococcígeo: desde la parte posterior del pubis y la parte anterior del arco tendinoso hasta el centro fibroso del periné, el esfínter anal y el hueso coccígeo.(31)

- Pubovaginal: fascículo del pubococccígeo que se inserta en la pared vaginal.(31)
- Iliococccígeo: desde el arco tendinoso del periné hasta el hueso cocccígeo y el ligamento anococccígeo.(31)

Inervación

El plexo pudendo, compuesto de la rama anterior de S4 y ramas de S2 y S3, es el encargado de la inervación somática del suelo pélvico. Tiene ramas sensitivas, motoras y autónomas.(31)

Este nervio presenta diferentes ramas colaterales: hacia el recto se dirigen unas ramas viscerales, hacia la vagina y la vejiga otras ramas del nervio o por medio del plexo hipogástrico, otras ramas van hacia el músculo elevador del ano (S3-S4) y el músculo cocccígeo (S4), además de los nervios clúneos inferiores y unas ramas perineales.(35)

10 ANEXO II

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA(24)

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 cuanta 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

Tabla 6 Puntaje del índice de función sexual femenina(24)
PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCION 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

ANEXO III

Tabla 7 Checklist PRISMA(25)

Sección	Ítem	Ítem estándar de PRISMA	Artículos					
			Trahan J. et al, 2019	Ensor y Newton, 2014	Morin et al, 2017	Lee, 2018	Berghmans, 2018	Rochera, 2016
Título	1	Identificar el informe como revisión sistemática, metanálisis o ambos.	1	1	1	1		1
Resumen								
Resumen estructurado	2	Ofrecer un resumen estructurado que incluya lo siguiente, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones y repercusiones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	1	1	1	1	1	1
Introducción								
Fundamento	3	Describir el fundamento de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	2
Objetivos	4	Plantear de forma expresa las preguntas que se desea abordar en relación con el concepto de PICOS.	2	2	2		2	2
Métodos								
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión, si es posible acceder a este y dónde (por ej., una dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluido el número de registro.	2		2			
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ej., PICOS, duración del seguimiento) y	2	2	2	2	2	

		las características del informe (por ej., años abarcados, idiomas, estado de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su fundamento.						
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y fechas de búsqueda, contacto con los autores del estudio para identificar estudios adicionales) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	2	2	2	2		2
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica para, por lo menos, una base de datos, e incluir los límites utilizados, de tal forma que pueda ser replicable.	2	2	2	2		2
Selección de estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ej., tamizaje, elegibilidad, inclusión en la revisión sistemática y, cuando corresponda, inclusión en el metanálisis).	2	2	2	3		
Proceso de recopilación de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios piloto, por duplicado, de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	2	3	2	3		2
Ítems de los datos	11	Enumerar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej., PICOS, fuentes de financiación) y toda suposición y simplificación que se haya hecho.	2	3	2			
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo se utilizó esta información en la síntesis de datos.	2		2			
Medidas de	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ej., razón de riesgos o	2	3	2	3-4		

resumen		diferencia de las medias).						
Síntesis de los resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar los resultados de los estudios, si corresponde, e incluir las medidas de consistencia (por ej., I^2) para cada metanálisis.	2	3	3			
Riesgo de sesgo entre los distintos estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulada (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva dentro de los estudios).	2		2			
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), si corresponde, e indicar cuáles se especificaron previamente.		3				
Resultados								
Selección de estudios	17	Indicar el número de estudios seleccionados, evaluados para determinar su elegibilidad e incluidos en la revisión y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo.	2	4	3	2	2	2
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	2	4	4-20	2		
Riesgo de sesgo dentro de los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del nivel de sesgo en los resultados (véase el ítem 12).	3	4	20			
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños), presentar lo siguiente: a) datos de resumen sencillos	3	4	4-24	3-4		

		para cada grupo de intervención; b) cálculos de los efectos e intervalos de confianza, idealmente con un diagrama de bosque.						
Síntesis de los resultados	21	Presentar los resultados de todos los metanálisis realizados, incluidos los intervalos de confianza y las medidas de consistencia	3	4-5	4-20	3-7		
Riesgo de sesgo entre los distintos estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (véase el ítem 15).			20			
Análisis adicional	23	Indicar los resultados de cualquier análisis adicional, si los hubiera (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [véase el ítem 16]).						
Discusión								
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluida la fortaleza de la evidencia para cada resultado principal; considerar su relevancia para los grupos clave (por ej., proveedores de atención sanitaria, usuarios y responsables de la toma de decisiones).	5	5-6	24-25	7	3-5	5
Limitaciones	25	Analizar las limitaciones al nivel de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de las investigaciones identificadas o notificación del sesgo).	5-7	7	25			
Conclusiones	26	Suministrar una interpretación general de los resultados en el contexto de otra evidencia, y las repercusiones para las investigaciones futuras.	7	8	25	8	7	6
Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la						

		revisión sistemática y otro tipo de apoyo (aporte de datos), además de la función de los financiadores en la RS.						
--	--	--	--	--	--	--	--	--