



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Grado en Fisioterapia

Trabajo Fin de Grado

Título:

**Valoración de la efectividad del tratamiento
fisioterápico en pacientes afectos de Neuropatía del
Pudendo asociada al Síndrome de Dolor Miofascial
del suelo pélvico**

Alumno: Irene Vizcaíno Gil

Tutor: María Jesús Martínez Beltrán

Madrid, mayo de 2019

Contenido

Resumen.....	3
Abstract	4
Tabla de abreviaturas	5
1. Antecedentes y estado actual del tema	6
2. Evaluación de la evidencia.....	26
3. Objetivos del estudio.....	31
4. Hipótesis	32
5. Metodología.....	33
5.1. Diseño	33
5.2. Sujetos de estudio.....	34
5.3. Variables	36
5.4. Hipótesis operativa.....	39
5.5. Recogida, análisis de datos, contraste de la hipótesis.....	40
5.6. Limitaciones del estudio	42
5.7. Equipo investigador.....	43
6. Plan de trabajo.....	44
6.1. Diseño de la intervención	44
6.2. Etapas de desarrollo	48
6.3. Distribución de las tareas de todo el equipo investigador.....	49
6.4. Lugar de realización del proyecto.....	49
7. Listado de referencias.....	50
ANEXOS	54
ANEXO 1	54
ANEXO 2	56
ANEXO 3	58
ANEXO 4.....	62
ANEXO 5	63
ANEXO 6	64
ANEXO 7	76
ANEXO 8	77

Resumen

Antecedentes: La Neuropatía del Pudendo y el Síndrome de Dolor Miofascial del Suelo Pélvico son dos patologías muy relacionadas entre sí, unas veces estarán presentes al mismo tiempo y otras veces una derivará de la otra. Debido a la falta de investigación e información, por lo general son mal diagnosticadas y confundidas con otras patologías de sintomatología similar, lo que complica el posterior tratamiento. La incidencia es mayor en mujeres que en hombres.

Normalmente el abordaje es a través de tratamientos médicos con fármacos, inyecciones o abordajes quirúrgicos. Es importante considerar la inclusión del tratamiento de fisioterapia para la resolución de estas patologías, antes que optar por tratamientos invasivos.

Objetivo: Valorar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la Neuropatía del Pudendo asociada al Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico.

Metodología: Se ha diseñado un proyecto de investigación clínica analítico, experimental, longitudinal, prospectivo. En él participarán 24 mujeres mayores de 18 años, con presencia de Neuropatía del Pudendo y Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico, dolor de duración mayor a 5 o 6 meses, estreñimiento, dolor en la sedestación, dolor o molestia durante las relaciones sexuales y urgencia urinaria. Se repartirán los sujetos de estudio de manera aleatoria en dos grupos, un grupo control al que se le aplicará sólo tratamiento médico habitual y un grupo experimental al que se le aplica tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia.

Se llevarán a cabo dos mediciones, una pre-tratamiento y otra post-tratamiento del dolor medido con la escala EVA, del dolor neuropático medido con el cuestionario Dolor Neuropático 4 (DN4), de la urgencia urinaria medida con el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF), de la disfunción sexual medida con el test Índice de Función Sexual Femenina y la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36.

Palabras clave: Síndrome de dolor miofascial, modalidades de fisioterapia, especialidad de fisioterapia, neuropatía del pudendo, calidad de vida, suelo pélvico, trastornos del suelo pélvico.

Abstract

Background: Pudendal Neuralgia and Myofascial Pain Syndrome of the Pelvic Floor are two very related pathologies, sometimes they will be present at the same time and other times one will derive from the other. Due to the lack of research and information, they are usually misdiagnosed and confused with other pathologies of similar symptoms, which complicates the subsequent treatment. The incidence is higher in women than in men.

Normally the approach is through medical treatments with drugs, injections or surgical approaches. It is important to consider the inclusion of physiotherapy treatment for the resolution of these pathologies, before opting for invasive treatments.

Objective: To assess whether the inclusion of physiotherapy treatment in routine medical treatment is more effective than not including it in Pudendal Neuralgia associated with Myofascial Pain Syndrome of the Pelvic Floor.

Methodology: It has been designed an analytical, experimental, longitudinal and prospective clinical research project. It involved 24 women over 18 years, with presence of Pudendal Neuralgia and Myofascial Pain Syndrome, pain lasting more than 5 or 6 months, constipation, pain while sitting, pain or discomfort during sexual intercourse and urinary urgency. The study subjects were divided randomly into two groups, a control group to which only regular medical treatment is applied and an experimental group to which regular medical treatment is applied along with physiotherapy treatment.

Two measurements will be carried out, one pre-treatment and one post-treatment of the pain measured with the EVA scale, of the neuropathic pain measured with the questionnaire Neuropathic Pain 4 (DN4), of the urinary urgency measured with the Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF), of the sexual dysfunction measured with the test Sexual Feminine Function Index and quality of life measured with the SF-36 questionnaire.

Key words: myofascial pain syndromes, physical therapy modalities, physical therapy specialty, pudendal neuralgia, quality of life, pelvic floor, pelvic floor disorders.

Tabla de abreviaturas

DPC	Dolor pélvico crónico
GC	Grupo control
GE	Grupo experimental
PG	Punto gatillo
REL	Respuesta a espasmo local
RPG	Reeducación postural global
SANP	Síndrome del atrapamiento del nervio pudendo
SDMSP	Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico
SDPC	Síndrome de dolor pélvico crónico
SNC	Sistema nervioso central
SNP	Sistema nervioso periférico
SP	Suelo pélvico

1. Antecedentes y estado actual del tema

El dolor pélvico crónico (DPC) es un síntoma de muchas patologías, y constituye un reto tanto en su abordaje diagnóstico como terapéutico. La cronificación del dolor asocia con frecuencia alteraciones del sistema nervioso central (SNC), síndrome de sensibilización central, que complica aún más su resolución, manteniéndose la sensación del dolor aún en ausencia de lesión aguda. La musculatura del suelo pélvico (SP) responde con frecuencia volviéndose hiperalgésica con la aparición de puntos dolorosos (1), por lo que es necesario un abordaje multidisciplinar y precoz que incluye el tratamiento de fisioterapia.

La Asociación Europea de Urología define el DPC como un dolor persistente o crónico, de duración mayor a 6 meses, de carácter no agudo, localizado en estructuras vinculadas con el área pélvica tanto de hombres como de mujeres. Es frecuente asociarlo con factores negativos cognitivos, de conducta, sexuales y emocionales, de la misma manera que con síntomas disfuncionales del tracto urinario inferior, sexuales, intestinales, del SP o disfunciones ginecológicas (2).

Cuando el DPC no se debe a una infección comprobada u otra patología localizada, que pueda explicar los síntomas, se denomina Síndrome de Dolor Pélvico Crónico (SDPC) (2) y, como se ha referido previamente, asocia consecuencias en diferentes esferas (psicológica, emocional, social, laboral, sexual, conductual) y síntomas que afectan a diferentes áreas urológicas, ginecológicas, gastrointestinales, musculoesqueléticas y neurológicas, implicando en su valoración a múltiples profesionales.

El DPC incluye diferentes patologías desde la neuropatía del pudendo, coccigodinia, vulvodinia, prostatodinia, síndrome de vejiga dolorosa (3), y es un reto para el tratamiento ya que su etiología es variada y multifactorial. Con frecuencia asocia hipertonía y espasmo muscular, por lo que es importante descartar la existencia de un síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico (SDMSP) antes de realizar abordajes invasivos (4).

El síndrome del atrapamiento del nervio pudendo (SANP), descrito por primera vez por Amarenco en 1987 (5), es una patología normalmente mal diagnosticada, por la falta de conocimiento sobre este tema, que acaba siendo confundida con otras patologías con sintomatología similar, como el SDMSP. El SANP se caracteriza por el dolor neuropático localizado en el área genital y anal, acompañado de sensibilidad en todo

el recorrido del nervio pudendo (NP) y por la disfunción rectal, urinaria y sexual. Normalmente el NP queda atrapado entre el ligamento sacroespinoso y el sacrotuberoso (70%), en el canal de Alcock (20%), en el diafragma urogenital o bajo el canal del piriforme. En ocasiones, el atrapamiento puede darse simultáneamente entre el compromiso ligamentoso y el canal de Alcock (20%) (6,7). El atrapamiento del nervio lleva a una disminución de la movilidad en todo su recorrido nervioso. Esta pérdida de movilidad hace que se produzca en la sedestación una compresión del NP contra el proceso falciforme del ligamento sacrotuberoso (7).

El SDMSP es una complicada disfunción neuromuscular crónica y no inflamatoria basada en anomalías motoras y sensoriales que afectan tanto al SNC como al sistema nervioso periférico (SNP) (8,9). Este síndrome está caracterizado por patrones de dolor individual propios de cada uno de los músculos del SP y fascias, que presentan puntos gatillo (PG) como componentes asociados (10) provocando dolor local o referido a la hora de la palpación. Está caracterizado por la presencia de DPC a nivel del abdomen inferior, región suprapúbica, parte posterior y cara interna de los muslos, glúteos, región lumbar de la espalda, pelvis o estructuras intrapelvianas, que perdura mínimo durante unos 6 meses (8,11,12) y que puede ser continuo o intermitente, variando la intensidad en reposo o solo con la actividad (13). Este dolor también puede estar asociado a la falta de rango de movimiento de un músculo o fascia, o producido por cambios celulares o fisiológicos (8). El SDMSP es una patología difícil de detectar ya que solo puede ser identificada a través de un examen interno o exploración interna bien enfocada (14).

“La similitud entre los síntomas del síndrome del atrapamiento del nervio pudendo y el dolor miofascial del suelo pélvico van a ser una constante. Unas veces coexistirán y otras veces cada una de estas entidades llevará a la otra, los dolores característicos de ambas se solapan o destacan unos por encima de otros haciendo difícil el diagnóstico y posterior tratamiento” (6,9).

En la literatura no se encuentran muchos datos epidemiológicos. Si bien es verdad, hay estudios que han demostrado que las mujeres tienden más a sufrir una mayor discapacidad relacionada con DPC en comparación con los hombres (15). En Estados Unidos se ha descrito una prevalencia de DPC de un 14,7% (16). La etiología es multifactorial encontrándose en un 22% causas musculo-esqueléticas asociadas (13). En Europa y Estados Unidos aproximadamente 1 de cada 7 mujeres, experimenta una neuralgia pudenda transitoria, que es la más común y frecuente, o crónica, que es más infrecuente (17). En el Reino Unido hay una mayor incidencia de DPC en las mujeres

1,6/1.000 al mes (11), un 24% sufre esta condición (16). En Nueva Zelanda un 25,4% sufre DPC (16). Mathias et al. (18) estimaron una incidencia mundial entre el 2% y el 16%. En cuanto a las relaciones sexuales, cobra mayor importancia en las mujeres puesto que 7 de cada 10 que sufren alguna disfunción en este ámbito son mujeres (6). Aproximadamente el 25% de las mujeres que sufren DPC pierden un día y medio de trabajo al mes, el 58% tiene limitada su actividad diaria normal, un 52,7% ha mostrado tener condicionada la actividad social, familiar y sexual. Entre un 15-20% de las mujeres en un rango de edad entre 18 y 58 años presentan DPC (4). Así mismo, esta condición atañe también a los varones, aproximadamente un 10-16% en un rango de edad entre los 36 y los 50 años. Se puede observar de tal manera, que esta condición tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que la sufren (11). La prevalencia del síndrome de dolor miofascial en adultos entre 30 y 60 años es del 65% y en adultos mayores de 65 años es del 85% (13), por lo que hay una gran probabilidad de que el SP se vea afectado.

Anatómicamente la pelvis ósea se divide en tres estrechos:

- El estrecho superior, delimitado posteriormente por el promontorio sacro, a ambos lados por la línea innominada y anteriormente por el borde superior de la sínfisis del pubis.
- El estrecho medio, delimitado posteriormente por las vértebras sacras S3-S4, a ambos lados por las espinas ciáticas y anteriormente por el tercio medio de la sínfisis del pubis.
- El estrecho inferior, delimitado posteriormente por ligamentos sacrotuberosos y el cóccix, a ambos lados por las tuberosidades isquiáticas y anteriormente por el borde inferior de la sínfisis púbica.

El SP se localiza en el estrecho inferior de la pelvis por debajo del diafragma pelviano. Podemos dividir el SP en dos zonas, la parte posterior o triángulo anal y la parte anterior o triángulo urogenital y juntas constituyen el rombo del periné. Para hacer la distinción de estas zonas tomamos como referencia la sínfisis del pubis, las tuberosidades isquiáticas y el cóccix.

A continuación se hará un recuerdo anatómico de los componentes de cada una de estas zonas (10):

- Triángulo anal o parte posterior, en el cual se encuentran el conducto anal, las fosas isquiorrectales y el músculo esfínter externo del ano.

- Triángulo urogenital o parte anterior, que contiene los genitales externos (masculinos y femeninos) y las terminaciones de los conductos urogenitales.

El diafragma pélvico, formado por los músculos coccígeos y elevadores del ano, divide la cavidad pelviana en 2 zonas: la inferior, denominada fosa isquiorrectal, que contiene grasa y la superior que alberga las vísceras de la pelvis (10).

El diafragma urogenital, encargado de cerrar la parte anterior del estrecho inferior, es una capa muy fina de músculo estriado donde las fibras anteriores y posteriores se disponen de manera transversal conformando el músculo transverso y las fibras más mediales se disponen rodeando la uretra formando el músculo esfínter externo de la uretra (10).

La musculatura del SP se divide en el plano superficial, el plano medio o diafragma urogenital y plano profundo o diafragma pélvico. En el plano superficial encontramos los músculos: bulbocavernoso, isquicavernoso, transverso superficial del periné y los esfínteres interno y externo del ano. En el plano medio están localizados: el músculo transverso profundo del periné y el músculo esfínter estriado de la uretra. En tercer lugar, el plano profundo, que alberga los músculos: elevador del ano y coccígeo. El elevador del ano a su vez está compuesto por tres músculos individuales: puborrectal, iliococcígeo y pubococcígeo (12). Las fibras musculares que componen la musculatura del periné son de dos tipos: las fibras de tipo I de contracción lenta, encargadas del soporte de los órganos y del tono de la musculatura, y en segundo lugar, las fibras tipo II de contracción rápida, mayormente localizadas a nivel del esfínter estriado periuretral, encargadas del cierre uretral cuando la presión abdominal aumenta (19).

Hay que tener muy en cuenta el tejido fascial, puesto que si este se rompe fallaría el soporte del SP. Encontramos 4 fascias: la superficial, la inferior del diafragma urogenital, la superficial del diafragma urogenital y la profunda.

De la inervación de la musculatura del SP se encarga el NP, el cual se origina en los segmentos medulares sacros S2, S3 y S4, mana por la escotadura ciática mayor presentado una trayectoria caudal al nervio ciático y músculo piriforme y un paso breve por la región glútea. Posteriormente rodea la espina ciática atravesando la escotadura ciática menor, quedando dorsal al ligamento sacroespinoso y ventral al sacrotuberoso, incorporándose bilateralmente, en la fosa isquio-anal homolateral (5,20). Los músculos que inerva son: el bulbocavernoso, el isquiocavernoso, el transverso superficial y profundo del periné, el esfínter anal externo y el elevador del ano. Puesto que el NP

pasa por una serie de desfiladeros no es difícil que se produzca un atrapamiento (9). Según Robert et al. (6) las zonas críticas de atrapamiento del NP son: la pinza que se produce entre los ligamentos sacrotuberoso y sacroespinoso, el canal de Alcock y el proceso falciforme. El NP se divide en tres ramas: el nervio perineal, que atraviesa a nivel medial la fascia interna de músculo obturador e inerva los labios menores y mayores vaginales, el tercio inferior de la vagina y la periuretra; el nervio dorsal del clítoris/pene, que emana del canal de Alcock, continuando por la rama púbica inferior dirigiéndose hacia la región anterior e inerva el área cutánea del clítoris y sínfisis pubiana; el nervio rectal inferior, que penetra la fascia interna del músculo obturador e inerva el ano, el perineo, el tercio inferior del ano y las nalgas; las tres ramificaciones parten del canal de Alcock (9,17,20).

Los signos y síntomas que se producen a causa del atrapamiento del NP son diferentes ya que las 3 ramas terminales del nervio poseen un 20% de fibras motoras (músculos del periné profundos y superficiales, músculo elevador del ano, músculos isquiocavernoso, músculo bulbocavernoso, esfínter anal externo y esfínter uretral estriado) y un 70% de fibras somáticas, de las que un 50% son fibras sensitivas (genitales externos y piel del perineo) y un 30% fibras autonómicas (sensación de necesidad de micción y erección) en proporciones diferentes (6,9,13), por lo que está relacionado directamente con las funciones de micción, defecación, eyaculación y parto (5,20).

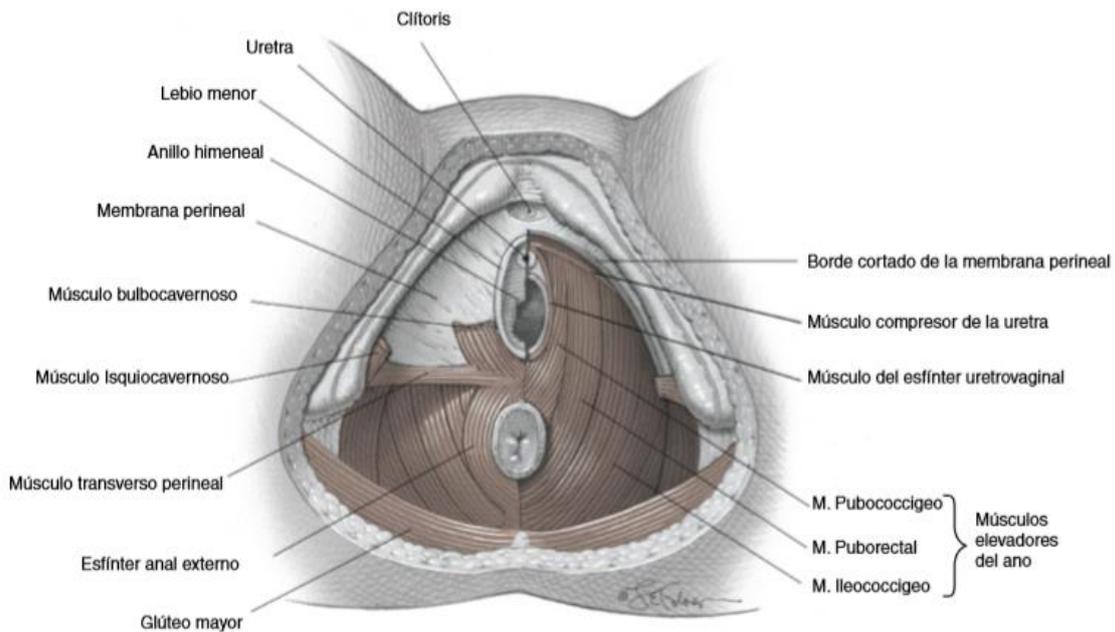


Imagen 1. Esquema de la musculatura del SP (21).

Hay 3 factores principales que pueden ser los causantes de una patología en el sistema nervioso: vasculares, iónicos y mecánicos. Sunderland (6) estableció 3 estadios progresivos por el aumento del gradiente de presión en las zonas de atrapamiento: hipoxia, edema y fibrosis. La neuroisquemia, es decir, un bloqueo de la transmisión nerviosa, provoca dolor y síntomas como la parestesia. Este bloqueo se puede producir a causa de una excesiva tracción del nervio o por tracciones mínimas en ciertos puntos donde hay tejido adherido y compresión mecánica. La disminución o ausencia de la transmisión nerviosa también puede venir dada por la isquemia en una determinada porción del axón, asociado a una reducción del aporte sanguíneo y una disminución de la fosforilación oxidativa y de la producción de ATP, aumentando de tal manera la ineficacia de la bomba de Na, así como de la integridad de la membrana celular y del sistema de conducción axoplásmico (6). La teoría propone que el dolor nociceptivo está presente por micro lesiones debidas a la contracción muscular, provocando hipoxia, alteraciones en los niveles de pH y una liberación de metabolitos (8).

Una larga perduración en el tiempo de la compresión o del edema provoca un proceso de desmielinización y posteriormente una proliferación de fibroblastos en el nervio. La disminución o nula circulación e intercambio de nutrientes entre las fibras nerviosas y el plexo vascular podría llegar a provocar una fibrosis originando secciones nerviosas anóxicas (6).

Entre las causas más comunes del atrapamiento del NP destacan el parto vaginal, más frecuentemente si es prolongado, la episiotomía, la radioterapia pelviana, profesiones o deportes en los que haya que permanecer un largo periodo de tiempo en bipedestación o sentado en un asiento o sillín (ciclistas) inadecuado, defectos anatómicos congénitos o traumatismos pélvico-perineales (17).

Los PG del SP se pueden activar por traumatismo directo, presión y/o sobrecarga del músculo. La tensión muscular puede existir ya desde la infancia bien sea por abuso sexual, traumas de repetición (estreñimiento crónico, infecciones urinarias), deportes que exijan un alto esfuerzo de la musculatura pélvica (danza, ciclismo, equitación, atletismo, gimnasia rítmica, etc), caídas o golpes directos. La práctica de deporte en edades tempranas puede provocar un desarrollo no adecuado del isquion pudiendo conducir con el paso de los años a una posterior neuropatía compresiva. La inflamación de los órganos pélvicos es una de las causas más frecuentes junto con el ciclismo, que puede provocar disfunción eréctil temporal, el estiramiento del nervio durante el parto o cirugías pélvicas (6,10)

Factores de perpetuación como el estrés mecánico, las disfunciones y alteraciones posturales, alteraciones nutricionales, alteraciones metabólicas y endocrinas, factores psicológicos o infecciones crónicas pueden contribuir al SDMS (10).

Para diagnosticar una neuropatía del pudendo hemos de guiarnos de la historia clínica y los diferentes hallazgos obtenidos de la exploración física y diferentes pruebas diagnósticas.

La sintomatología que puede indicar que hay un atrapamiento del NP es el dolor pélvico en la sedestación, que puede ser más leve por la mañana e incrementando su intensidad a lo largo del día, manifestándose unilateral o bilateralmente, y que mejora en bipedestación o en decúbito (6,9). Puede aparecer también disfunción sexual (18), que en los hombres se manifiesta como un dolor en la eyaculación o en la erección y tanto en mujeres como en hombres pueden aparecer parestesias en la zona del recto o perineo. La dificultad para miccionar o defecar también puede ser indicativa de un atrapamiento del NP. En este aspecto los pacientes pueden presentar aumento de la frecuencia y urgencia urinaria o tener sensación de la presencia de una pelota en el recto. El estreñimiento crónico puede llegar a provocar una subluxación del músculo elevador del ano, causando de tal manera un compromiso nervioso en el canal de Alcock. La presentación del atrapamiento del NP puede ser solo con dolor o con dolor sumado a síntomas urinarios, problemas en la defecación o disfunción eréctil y eyaculatoria. También pueden presentarse alguna de estas alteraciones funcionales sin que haya presencia de dolor (6,14).

Para el diagnóstico de una neuropatía del pudendo secundaria a un atrapamiento del NP se siguen los criterios diagnósticos de Nantes:

Criterios esenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en el territorio del NP: desde el ano hasta el clítoris o pene. - El dolor se agrava cuando el paciente se sienta en una superficie plana. - El dolor no despierta por la noche. - Dolor sin deterioro sensorial predominante. - Alivio del dolor con el bloqueo del NP.
Criterios complementarios	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor de tipo neuropático. - Alodinia o hiperalgesia. - Sensación de cuerpo extraño rectal o vaginal (simpatalgia). - Empeoramiento del dolor durante el día. - Dolor predominantemente unilateral. - Dolor causado por la defecación. - Presencia de dolor a la palpación de la espina isquiática. - Hallazgos neurofisiológicos en mujeres nulíparas u hombres.

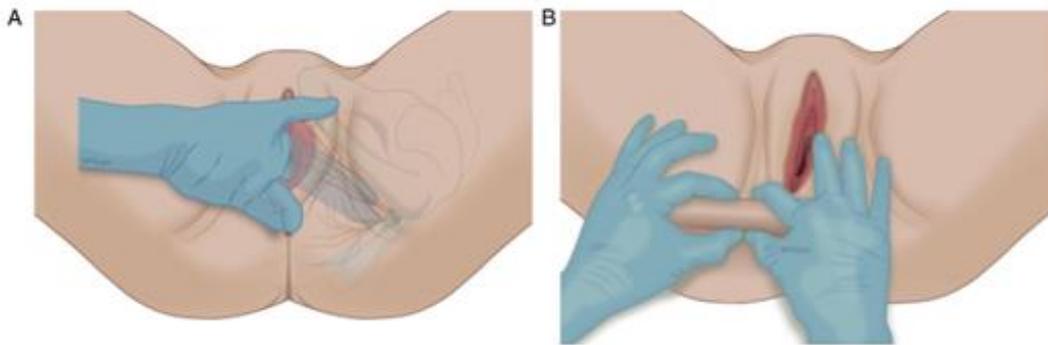
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor exclusivamente en glúteos, cóccix, pubis o hipogástrico. - Prurito. - Dolor paroxístico. - Anormalidades de imagen que puedan justificar el dolor.
------------------------	---

Tabla 1. Criterios de Nantes (22).

En el SDMSP puede haber sobrecarga muscular aguda, crónica o de repetición que contribuye en todo momento al DPC. Los PG que desencadenan el dolor miofascial muchas veces conducen a diagnósticos erróneos, por lo que no hay que guiarse solo por la hipersensibilidad o molestia que se origina en la zona. En el diagnóstico hemos de tener en cuenta el dolor referido asociado a los PG presentes en la musculatura del SP, ya que al ser patrones específicos y propios de cada músculo puede ayudarnos a asociarlo con esta patología. En ocasiones, no hay PG miofasciales sino que hay puntos dolorosos en los que no existe respuesta al espasmo local (REL), ni hay presencia de banda tensa en el músculo, el dolor en este caso es intenso y localizado (10).

Los PG pueden identificarse por medio de la palpación superficial primeramente, seguido de una palpación profunda. Al realizar la palpación profunda para localizar los PG y sus bandas tensas podemos encontrarnos con zonas hiperirritadas, falta de movilidad, sensibilidad con dolor, edema, contractura y tensión muscular y aumento del tono muscular o acortamiento (10,13). Es infrecuente la presencia de edema, pero a veces es tan llamativo que puede llevar a un diagnóstico erróneo, pensando que el dolor está siendo provocado por dicho edema. Durante la palpación puede aparecer el “signo del salto”, es decir, el paciente se aleja del contacto del examinador a causa del dolor provocado. Este signo estaría indicando la presencia de PG, ayudando así a concretar el diagnóstico. Sería conveniente realizar también una valoración del tono del diafragma torácico, de la cincha abdominal inferior y de la musculatura del SP. Así mismo, debería valorarse la movilidad y estado del tejido conjuntivo de todas estas zonas (10). Valorar la movilidad de la columna y la pelvis, la marcha, la sedestación y los reflejos puede ayudar al profesional a ver qué actividades funcionales específicas de la vida diaria del paciente pueden estar contribuyendo a causar el SDMSP (8,13). Es frecuente que en la palpación aparezca dolor en la salida del canal de Alcock, que puede cursar con parestesias por el aumento de presión en el tronco nervioso. Para reproducir el dolor y ver si este es significativo y orientar la exploración física a una neuropatía del pudendo se puede realizar el test de “pinza rodada o skin rolling”, como se puede observar en la imagen B, basado en un desplazamiento realizado por parte del profesional de la piel y del tejido subcutáneo de ano a pubis recorriendo el trayecto de las ramas del NP (6). Se busca también el signo de Tinel, es decir, reproducir dolor

al palpar la espina isquiática, a través de la vía vaginal o rectal, como se puede ver en la imagen A (20).



A: signo de Tinel

B: Test de pinza rodada

Imagen 2. Neuropatía del pudendo como causa de dolor pélvico (20).

A veces el dolor que el paciente reproduce durante la exploración es dependiente del estado emocional del mismo, por lo que la intensidad del dolor en este caso sería relativa. Se ha tratado de localizar los PG con ultrasonido para determinar la presencia o ausencia de estos y para observar los cambios vasculares en los tejidos (8). Se ha utilizado también la electromiografía para diagnosticar el SDMSP. Itza et al. (12) mostraron que la electromiografía es una manera fiable para diagnosticar el dolor miofascial, ya que se obtenía una sensibilidad del 83% y una especificidad del 100%. Esta manera de diagnosticar no está aceptada como una práctica rutinaria, por lo que aún se necesitan más estudios sobre las diferentes técnicas de diagnóstico de esta patología. Otras técnicas diagnósticas como la punción seca, la resonancia magnética y la microdiálisis han sido también estudiadas, pero hoy en día el mejor método y el más empleado en la exploración física es la palpación manual por parte del profesional especializado (8).

Para patologías que cursan con DPC, como lo son el SANP y el SDMSP, hay diferentes tipos de tratamientos:

- Farmacológico: para tratar el dolor neuropático se usan principalmente antidepresivos (amitriptilina), anticomociales (gabapentina, pregabalina), anestésicos locales tópicos (lidocaína). Para el dolor miofascial se usan como tratamiento las benzodiacepinas (clonazepan). Los opioides se usan cuando fallan otras terapias farmacológicas (6,12,23).

- Infiltraciones corticoideas: se administran en el canal de Alcock y en el espacio interligamentoso. Ayudan a bajar el tono de los esfínteres, anulan los síntomas vesicales y regulan la disfunción sexual. Las infiltraciones se administran máximo 3 veces con un periodo aproximado de espera entre cada una de ellas de uno o dos meses (6), aunque Kang (10) propone administrar 3 infiltraciones, una cada dos semanas. Se ha visto que esta técnica tiene mejorías significativas a los 3-6 meses tras las infiltraciones. Estas infiltraciones son muy útiles en el diagnóstico, ya que si tras su aplicación hay un 50 % de reducción del dolor en la sedestación indicaría que efectivamente había un atrapamiento del NP (7).
- Infiltraciones con toxina botulínica: hay estudios que muestran que disminuyen el tono muscular y el dolor por el bloqueo de la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular, obteniendo mejorías significativas a las 4-6 semanas. El área anatómica donde se administran las infiltraciones varía según la exploración física obtenida de cada sujeto (10,12).
- Aguja seca o infiltraciones locales de lidocaína: muy útil para el tratamiento de los PG miofasciales localizados en los músculos afectados del SP. Con esta técnica se busca la desensibilización del SNC y del SNP (6).
- Fisioterápico: estiramientos de la musculatura del SP, masaje intracavitario, liberación de PG miofasciales, movilización de las fascias, tratamiento de cicatrices, regulación del tono del diafragma y de la musculatura abdominal, ejercicios de contracción-relajación, biofeedback, estimulación eléctrica, punción seca, reeducación de la postura, ultrasonido (6,8,10,12,16).
- Quirúrgico: esta técnica tiene como objetivo descomprimir el NP. Hay 3 abordajes quirúrgicos (6):
 1. Transperineal: consiste en realizar un corte en la fascia del músculo obturador interno para despegarla posteriormente con nuestros dedos, liberando de tal manera la compresión del NP.
 2. Transglútea: se busca descomprimir el trayecto comprometido del NP seccionando la pinza que se produce entre el ligamento sacroespinoso y el ligamento sacrotuberoso.

3. Transvaginal o transisquiorectal: esta técnica tiene estas dos maneras de denominarse ya que la primera es como se realiza en mujeres y la segunda en hombres. El objetivo es la apertura del canal que está bajo el músculo piramidal a nivel del borde inferior del ligamento sacroespinoso. En ocasiones es necesario seccionar las fibras del proceso falciforme del ligamento sacrotuberoso hasta alcanzar el canal de Alcock.

Las técnicas invasivas son opciones secundarias cuando los tratamientos conservadores fallan. Se consideran técnicas invasivas las opciones quirúrgicas, las infiltraciones y la punción seca. La punción seca es una técnica de fisioterapia que puede ser muy útil para producir un efecto analgésico. Hay estudios que han mostrado que la punción seca puede producir un efecto terapéutico cuando se actúa en zonas alejadas del PG miofascial activo, pero también puede tener importantes efectos secundarios como el dolor postpunción, aparición de hematoma o hemorragia en la zona de actuación o la provocación de un síncope (12). Uno de los objetivos de esta técnica es la desensibilización del sistema nervioso tanto periférico como central (6).

El tratamiento más utilizado es el farmacológico y como se ha comentado anteriormente hay diferentes fármacos que se emplean para el tratamiento de esta patología. Para tratar el dolor neuropático se usan principalmente antidepresivos (amitriptilina) que aumentan la tolerancia al dolor, disminuyen los síntomas depresivos y restauran los patrones del sueño que suelen ir asociados al DPC, pero también pueden conllevar efectos secundarios como estreñimiento, retención urinaria, arritmias cardíacas o disminución de la libido. Otras opciones farmacológicas para el tratamiento son los anticomociales (gabapentina, pregabalina) y los anestésicos locales tópicos (lidocaína). Estos medicamentos facilitan la activación de los sistemas de inhibición del dolor moderando así como de la transmisión de información nociceptiva que llega a las células de la médula espinal, por lo que el dolor mejora (6,12,23). Para el dolor miofascial y el SNAP es común usar benzodiacepinas, más concretamente clonazepam y se va modificando progresivamente la dosis por semana aumentando de media 5mg/día o 20 mg/día como máximo. El tratamiento debe mantenerse al menos durante 1 mes, ya que si se deja antes puede no producir ningún efecto terapéutico (6). Para los pacientes con DPC que han sido sometidos previamente a otros tratamientos sin tener éxito, los opioides son muy eficaces, pero estos pueden producir efectos secundarios físicos o psicológicos considerables, por lo que es importante hacer una selección cuidadosa y un seguimiento regular de los pacientes a

los que se les va a administrar opioides (23). Se ha visto que los relajantes musculares como el diazepam, el metocarbamol, la ciclobenzaprina y el baclofeno combinados con otras terapias son útiles para la disminución del dolor (12). Rogalski et al. (12) estudiaron el uso de los supositorios vaginales de diazepam en pacientes con hipertonía del SP y descubrieron que se obtenían importantes mejoras.

Fármaco	Tipo de dolor	NE	GR
Paracetamol	Somático	1a	A
AINE	Dolor pélvico inflamatorio	1a	A
Antidepresivos	Dolor neuropático	1a	A
Anticomociales: gabapentina, pregabalina	Dolor neuropático/fibromialgia	1a	A
Anticomocial: gabapentina	Mujer con DPC	2b	B
Capsaicina tópica	Dolor neuropático	1a	A
Opiáceos	Dolor crónico no maligno	1a	A

Imagen 3. Tabla de fármacos, su nivel de evidencia y grado de recomendación (24).

En relación al tratamiento de fisioterapia existen diferentes técnicas que pueden emplearse para la mejora o eliminación de los síntomas derivados de estas patologías:

- Estiramientos de la musculatura del SP: según la experiencia clínica los estiramientos mantenidos lentamente son mucho más efectivos que los estiramientos rápidos. Tras la relajación muscular las sarcómeras recuperan su estado inicial, por lo que es conveniente realizar ejercicios de relajación postisométrica o ejercicios de contracción-relajación (10). Los ejercicios de contracción-relajación (postisométricos) reducen el tono de reposo de los músculos del SP y rompen el ciclo de dolor y espasmo muscular (23).
- Masaje intracavitario: una técnica transvaginal fue descrita por Weiss para el tratamiento de los PG miofasciales en pacientes con disfunción invalidante del SP (23). Esta técnica consiste en estiramientos intracavitarios y maniobras de compresión (25). En las mujeres las áreas sensibles en el esfínter urinario, en los tejidos periuretrales y puborrectales son comprimidos contra la sínfisis del pubis junto con una presión lateral (26). En los hombres la maniobra es similar pero se centra en el estiramiento latero-inferior del músculo puboprostático, el diafragma urogenital y el esfínter urinario (26).
- Liberación de PG miofasciales: se puede realizar liberación por digitopresión aplicada por el terapeuta de manera suave y gradual sobre el PG miofascial, esta presión se mantendrá hasta notar una disminución de la tensión del tejido

bajo el dedo del terapeuta. A continuación, se aumentará la presión hasta encontrar una nueva barrera y de nuevo se mantendrá hasta que ceda el tejido (10). La presión digital puede ser aplicada tanto externa como internamente sobre los músculos del SP (8). Para la liberación de los PG miofasciales se puede emplear también un aparato especial (trigger point wand), formado por un extenso “dedo” que permite fácilmente la introducción intracavitaria hasta alcanzar los PG (27). Este aparato permite dar un feedback a los pacientes, ya que se obtiene una medida digital relativa sobre la presión ejercida por los usuarios (15).

- Movilización de las fascias: con técnicas de inducción miofascial (10), cuyo objetivo es la liberación de las restricciones miofasciales de la musculatura del SP. Para la realización de la técnica el paciente se colocará decúbito prono, con las piernas en ligera flexión. El terapeuta coloca su mano derecha en la planta del pie izquierdo del paciente y la mano izquierda toma contacto a nivel de la rótula de la pierna izquierda. El terapeuta lleva la pierna del paciente a rotación externa y realiza un empuje de esta hacia craneal para flexionar la cadera y la rodilla. Esta postura facilita la apertura del periné y ayuda a la relajación de los músculos del SP. Posteriormente, el terapeuta posicionará bilateralmente sus dos pulgares en la zona del periné, y realizará una presión suave y mantenida hacia craneal y hacia el suelo durante un lapso de tiempo de 3 a 5 minutos (28).
- Tratamiento de las cicatrices: manipulación del tejido cicatricial a través de movilización tanto externas como internas de zonas adheridas de la piel y del tejido subcutáneo para aumentar la vascularización de la zona, con el fin de mejorar la flexibilidad del tejido conectivo (12).
- Biofeedback: es una técnica muy usada para el tratamiento y entrenamiento de la musculatura del SP en aquellos pacientes que presentan DPC, con la finalidad de recuperar el tono normal y la función de dicha musculatura. Esta técnica está basada en un sistema de electromiografía, que recoge una señal biológica producida por la contracción de la musculatura del SP (29), introducido en el perineo de los pacientes. Facilita el aprendizaje neuromuscular o readaptación de la disfunción pélvica y proporciona a los pacientes datos objetivos sobre el ejercicio que están realizando. Así mismo, facilita al fisioterapeuta información sobre el esfuerzo y adecuación al ejercicio

del paciente, además de la amplitud y frecuencia de las contracciones y relajaciones (23,30). El biofeedback ha demostrado tener un 50% de efectividad en la mejora del dolor (12).

- Estimulación eléctrica: se ha visto que con estimulación eléctrica se puede lograr una buena contracción de la musculatura del SP a través de la estimulación del NP mediante un electrodo vaginal. Sin embargo, no están bien definidos los parámetros óptimos para la estimulación de la musculatura del SP. El efecto inmediato de la electroestimulación es la contracción muscular, con lo que se logra a largo plazo una hipertrofia muscular y tonificación. Si bien es verdad, es mejor realizar aquellas terapias que impliquen una participación activa por parte del paciente, por lo que la estimulación eléctrica se usará en caso de hipotonía muscular severa (19). Por lo tanto, se utilizará una vez se haya tratado la hipertonia con éxito si coexiste musculatura del SP débil. La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) es una terapia coadyuvante en el DPC con escasos efectos secundarios, recomendada para procesos dolorosos de origen neurológico (24).
- Reeducción de la postura: corregir la hiperlordosis e inclinación pélvica anterior, ya que puede poner la musculatura del SP en tensión (10). Se aconseja sentarse en superficies blandas y evitar ropa ajustada. Es importante enseñar al paciente a sentarse sobre las tuberosidades isquiáticas en vez de sobre la base sacra para evitar la aparición de dolor y espasmos en la musculatura del SP (23).
- Ultrasonido: se ha demostrado que el ultrasonido alcanza una profundidad de 5 centímetros mejorando la circulación sanguínea, la conducción nerviosa y la actividad de contracción. Algunos autores, empleando esta técnica, han mostrado que un 31% de los pacientes se han recuperado totalmente y un 38% han tenido una marcada mejoría tras el tratamiento (23).

Inicialmente el protocolo de tratamiento es terapia manual, lo que incluiría masaje intracavitario, estiramientos mantenidos de la musculatura hipertónica del SP, liberación de los PG miofasciales por digitopresión externa e interna en los músculos del SP, técnicas de inducción miofascial y por otro lado la reeducación postural global (24).

La Guía Europea de Urología en el Dolor Pélvico Crónico 2016 recoge la evidencia del tratamiento conservador de la musculatura del SP para el manejo del DPC en las disfunciones del SP:

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO	GR
Realizar tratamiento miofascial como primera línea de tratamiento en pacientes con síndrome de dolor pélvico crónico.	A
En pacientes con hipertonía del suelo pélvico, se recomienda utilizar el biofeedback como terapia coadyuvante a los ejercicios de la musculatura.	A
Cuando se encuentran puntos gatillo, se recomienda el tratamiento con presión o con agujas.	A

Tabla 2. Grado de recomendación para el manejo del dolor pélvico crónico asociado disfunciones del suelo pélvico de la Guía Europea de Urología en el Dolor Pélvico Crónico 2016 (2).

Las variables de estudio que se miden en este tipo de patologías son:

- El dolor con la escala EVA, que se representa en una línea con una puntuación del 0 al 10 donde el 0 significa ausencia de dolor, 1-3 dolor leve-moderado, 4-6 dolor moderado-grave, más de 6 dolor intenso y el 10 un dolor insoportable (12,16,31,32).

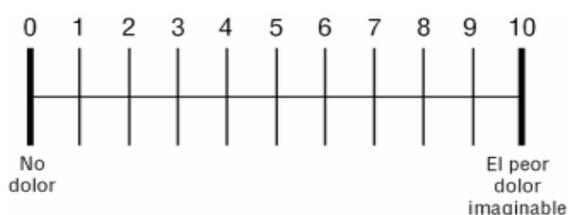


Imagen 4. Escala EVA para el dolor (32).

- El dolor neuropático con el cuestionario Dolor Neuropático 4 (DN4) que consiste en 10 items de los que los 7 primeros están relacionados con las características del dolor y los 3 últimos relacionados con la exploración neurológica de la zona del dolor. La opción “sí” se valora numéricamente con un 1 y la opción “no” con un valor de 0, el valor de corte para el diagnosticar el dolor neuropático es 4 de 10 (18,33).

Entrevista al paciente		
¿Su dolor tiene alguna de las siguientes características?		
Quemante	Si	No
Frío doloroso	Si	No
Descarga eléctrica	Si	No
¿En la zona dolorosa, su dolor está asociado con alguno de los siguientes síntomas?		
Hormigueo	Si	No
Agujas	Si	No
Dormido	Si	No
Prurito	Si	No
Examen físico		
En la zona dolorosa, al examen se encuentran:		
Hipoestesia al tacto	Si	No
Hipoestesia al pinchazo	Si	No
En la zona dolorosa, al examen se encuentran:		
Cepillado	Si	No

Tabla 3. Escala de dolor neuropático 4 (DN4) (33).

- La disfunción sexual con el test Índice de Función Sexual Femenina (12,34). Se basa en la interpretación clínica de 6 ítems principales: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Consiste en un cuestionario de 19 preguntas puntuadas del 0 al 5. El puntaje de cada uno de los dominios se multiplica por su factor correspondiente, de tal manera que la puntuación máxima de cada dominio es 6, haciendo una puntuación total del cuestionario de 36 (35).

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14,15,16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

Tabla 4. Test Índice de Función Sexual Femenina (35).

- La urgencia urinaria con el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF) (36). Este cuestionario es una herramienta diseñada para evaluar la sintomatología de los pacientes y el impacto que causa en la calidad de vida. Consiste en una escala de 13 ítems sobre los síntomas y una escala de 6 ítems sobre la salud relacionada con la calidad de vida. Cada uno de los ítems se puntúa del 1 al 6, donde 1=de ningún modo, 2=un poco, 3=algo, 4=bastante, 5=mucho, 6=muchísimo. La puntuación mínima de este cuestionario es 19, ya que ninguno de los ítems se puede valorar con un 0, y la puntuación máxima 114 (37).
- La calidad de vida con el cuestionario SF-36, que está compuesto por 36 ítems para valorar el estado tanto positivo como negativo de salud. Este cuestionario cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, vitalidad, función social, rol emocional y salud general. A mayor puntuación en cada ítem mejor será el estado de salud. Tras administrar el cuestionario es necesario realizar tres pasos para realizar el cálculo de las puntuaciones. Los pasos son los siguientes: 1. Unificación de la dirección de las respuestas a través de la recodificación de los 10 ítems que lo necesitan, para que sigan la regla de “a mayor puntuación, mejor será el estado de salud”, 2. Obtener el sumatorio de los ítems que forman la escala, 3. Transformar linealmente los cálculos obtenidos en el paso 2 con el objetivo de adquirir las puntuaciones en una escala del 0 al 100, esto se denomina puntuaciones transformadas. Este cuestionario incluye un ítem adicional acerca del cambio del estado de salud en relación al año anterior, que va a proporcionar información útil. En base al periodo recordatorio se pueden distinguir 2 versiones del cuestionario. Si el paciente realiza el cuestionario cada 4 semanas, se haría referencia a la versión “estándar” y si se hace cada semana sería la versión “aguda”. El público al que va dirigido este cuestionario son personas mayores de 14 años y es preferible la autoadministración, pero también se puede realizar a través de una entrevista telefónica o en persona (38).

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Imagen 5. Cuestionario SF- 36 para la calidad de vida (38).

Sator-katzenschlager (39) realizaron durante 24 meses un estudio prospectivo aleatorizado en el que comparaban la eficacia de la gabapentina, la amitriptilina y la combinación de ambas en 56 mujeres con DPC durante más de 6 meses. Si a pesar de estar bajo una terapia analgésica basada en la administración de metamizol no opioide junto con opioides débiles, la intensidad era mayor de un 5 en la escala EVA los pacientes eran aleatorizados para recibir tratamiento con gabapentina (n=20), con amitriptilina (n=20) y una combinación de ambas (n=16). La dosis de gabapentina (300mg - 3.600mg) y de amitriptilina (25mg - 150 mg) se iban incrementando cuidadosamente cada semana hasta que la intensidad de dolor en la escala EVA fuera un 3 o apareciesen efectos secundarios. Se fueron realizando seguimientos a los 6, los 12 y los 24 meses. Todos los pacientes notaron una mejoría de dolor, pero tras 24 meses los pacientes tratados con gabapentina o con el tratamiento combinado tuvieron una mejoría más significativa que los tratados con amitriptilina. Además, los efectos secundarios fueron menores en el grupo de la gabapentina, comparado con el grupo de amitriptilina y el grupo combinado.

Hetrick et al. (40) llevaron a cabo un estudio en el que participaban 103 hombres con DPC en los que el 88% mostraban sensibilidad en la musculatura del SP e incapacidad para contraerla y relajarla. Se vio con electromiografía, que los músculos del SP presentaban inestabilidad, un tono basal en reposo elevado y débiles contracciones, en comparación con hombres que carecían de patología en la musculatura del SP.

Weiss (26) realizó un estudio en 52 pacientes (45 mujeres y 7 hombres) con cistitis intersticial (n=10) y con síndrome de frecuencia urinaria (n=42), a los cuales se trató con terapia manual utilizando una técnica transvaginal para la liberación de los PG miofasciales. Fueron tratados de 1 a 2 veces por semana durante 8-12 semanas. Se aplicó presión creciente paulatinamente para relajar la tensión muscular y se les enseñó ejercicios de contracción-relajación. Los PG que no se liberaban tras 6 u 8 semanas fueron tratados con inyecciones. Se demostró que en el 83% (n=35) la sintomatología de los pacientes con el síndrome de frecuencia urinaria había mejorado significativamente o habían tenido una completa resolución, mientras que el 70% (n=7) de los pacientes con cistitis intersticial mejoró de manera moderada. La electromiografía post-tratamiento mostró una disminución del tono base de la musculatura en el 65% comparado con la electromiografía pre-tratamiento.

Fitzgerald et al. (41) realizaron un estudio para comparar dos métodos de terapia manual: la terapia física miofascial, que incluía manipulación del tejido conectivo de la pared abdominal, glúteos, espalda y muslos en los que, clínicamente, se habían observado anomalías y liberación de PG miofasciales dolorosos; y las técnicas globales de masaje, que incluyen roce, fricción, vibración y amasamiento, aplicadas en miembros inferiores, espalda, glúteos, abdomen, cabeza y cuello. Fue un estudio aleatorizado y con simple ciego en el que participaron 48 sujetos de 6 centros diferentes, 8 pacientes por cada centro, con síndrome del dolor pélvico crónico urológico tratados una hora a la semana durante 10 semanas. El 51% (n=24) eran mujeres y el 49% (n=23) eran hombres. Los 48 participantes fueron asignados a cada grupo de manera aleatoria, de tal manera que el 51% fueron tratados con terapias de masaje y el 49% con terapia miofascial, el 94% de los pacientes completaron el estudio. Se vio que el 57% de los pacientes tratados con terapia miofascial mejoró significativamente en comparación a los pacientes tratados con terapia de masaje que solo mejoró el 21% (p=0.03).

El DPC es un síntoma de muchas patologías, y constituye un reto tanto en su abordaje diagnóstico como terapéutico, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinar y precoz que incluye el tratamiento de fisioterapia, con el fin de evitar la cronificación.

Las alteraciones musculoesqueléticas, y más concretamente el SDMS, se relacionan con el SDPC, bien sea en su origen o como una consecuencia secundaria. Por esta razón, su permanencia en el tiempo puede alargar la duración del DPC. Para evitar actuaciones más complejas, es importante considerar una valoración y tratamiento precoces del SDMS en el abordaje del DPC.

La neuropatía del pudendo es otra causa de DPC, en la que piensan pocos especialistas a la hora de evaluar un dolor pélvico, lo que provoca un retraso en el diagnóstico y en el abordaje.

Ambas patologías, SDMSP y neuropatía del pudendo, presentan similitudes en la clínica, dificultando de tal manera el diagnóstico, pero como se ha visto es también frecuente que coexistan o que una entidad lleve a la otra, por lo que es importante tenerlo en cuenta tanto para el abordaje diagnóstico como para el terapéutico. Por esta razón, apostar por un abordaje precoz y especializado del SDMSP asociado a neuropatía del pudendo como origen o consecuencia, podría mejorar los síntomas y la calidad de vida del paciente.

La complejidad de ambos procesos, provoca que la investigación en este campo sea escasa, por ello, la finalidad de la realización de este proyecto se debe a la necesidad de ampliar el número de estudios que comparen tratamientos para estas patologías, con el objetivo de poder llevar a cabo un tratamiento de fisioterapia bien enfocado. Además, la mayoría de la bibliografía que hay actualmente habla de un único tratamiento comparando dos grupos o hablan de casos específicos, pero en ningún caso hay artículos que comparen el tratamiento médico habitual con la inclusión al mismo de tratamiento de fisioterapia.

2. Evaluación de la evidencia

Se realizó una búsqueda electrónica en octubre de 2018 en las bases de datos Pubmed, Ebsco y Pedro.

TÉRMINOS LIBRES	TÉRMINOS MESH	TÉRMINOS DECS
Myofascial	Myofascial pain syndromes	Myofascial pain syndromes
Physiotherapy	Physical therapy modalities Physical therapy specialty	Physical therapy modalities Physical therapy specialty
Pudendal nerve	Pudendal nerve Pudendal neuralgia	Pudendal nerve Pudendal neuralgia
Quality of life	Quality of life	Quality of life
Pelvic floor	Pelvic floor Pelvic floor disorders	Pelvic floor Pelvic floor disorders

Tabla 5. Términos libres, Mesh y Decs. Elaboración propia.

Puesto que de todos los términos libres hay términos Mesh y Decs, se han utilizado estos para realizar las estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos en lugar de emplear los términos libres.

Estrategias de búsqueda en la base de datos Pubmed (Anexo 1)

TÉRMINOS MESH	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
1. Myofascial pain syndromes	6 OR 7 OR 4 AND 1	19	9
2. Physical therapy modalities	6 OR 7 OR 4 AND 1 AND 2 OR 3	10	5
3. Physical therapy specialty	6 OR 7 OR 4 AND 5 (limitación 5 años)	46	4
4. Pudendal neuralgia	5 AND 6 (limitación 5 años)	2	1
5. Quality of life			
6. Pelvic floor			
7. Pelvic floor disorders			
TOTAL		77	19

Tabla 6. Búsquedas bibliográficas en Pubmed. Elaboración propia.

Estrategias de búsqueda en la base de datos Ebsco (Anexo 1).

TÉRMINOS MESH	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
1. Myofascial pain syndromes	1 AND 4 OR 6 OR 7 (Limitación 5 años)	36	1
2. Physical therapy modalities	1 AND 2 OR 3 AND 4 OR 6 OR 7	8	0
3. Physical therapy specialty	4 AND 5	27	5
4. Pudendal neuralgia			
5. Quality of life			
6. Pelvic floor			
7. Pelvic floor disorders			
TOTAL		71	6

Tabla 7. Búsquedas bibliográficas en Ebsco. Elaboración propia.

Estrategias de búsqueda en la base de datos Pedro (Anexo 1).

TÉRMINOS MESH	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
1. Perineum or genito-urinary system	1 AND 2	20	5
2. Chronic pain			

Tabla 8. Búsquedas bibliográficas en Pedro. Elaboración propia.

Tras realizar las búsquedas bibliográficas en Pubmed, Ebsco y Pedro, se encontró un total de 168 artículos, de los cuales 30 artículos eran de verdadero interés para el estudio.

Se realizaron más adelante búsquedas dirigidas de artículos en la base de datos Google Académico, encontrando 12 textos útiles, haciendo así un total de 42 artículos citados.

Las búsquedas se han realizado en artículos de hace 10 años en adelante, pero por falta de bibliografía ha sido necesario recurrir a algunos artículos publicados hace más de 10 años.

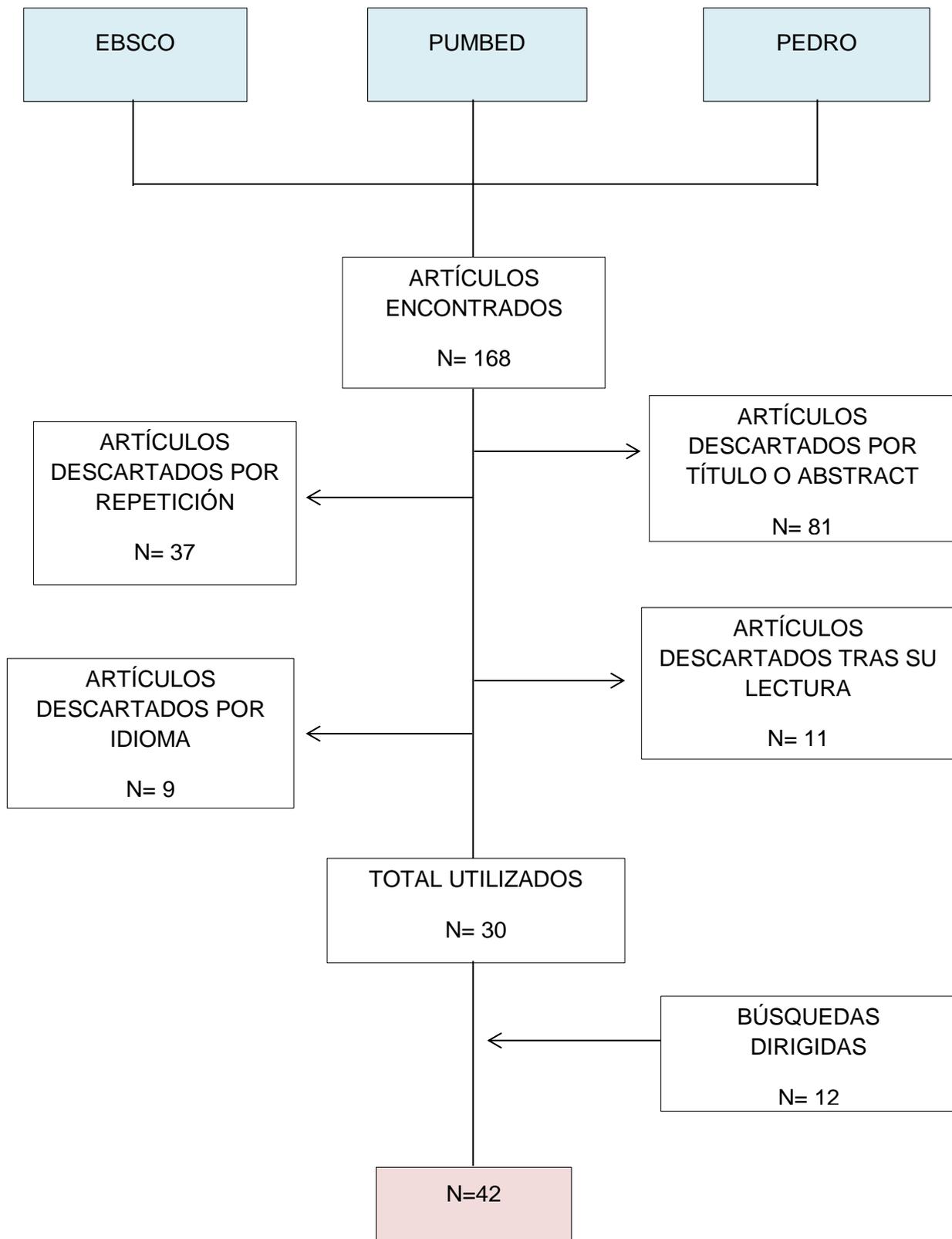


Tabla 9. Flujograma. Elaboración propia.

3. Objetivos del estudio

OBJETIVO GENERAL: Valorar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial de suelo pélvico en la variación del dolor medido con la escala EVA.
2. Comprobar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico en la variación del dolor neuropático medido con el cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4).
3. Ver si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico en la variación de la disfunción sexual medida con la escala Sexual Function Index.
4. Evaluar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico en la variación de la urgencia urinaria medida con el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF).
5. Valorar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico en la variación de la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36.

4. Hipótesis

La inclusión del tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo en la neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico en la variación del dolor medido con la escala EVA, el dolor neuropático medido con el cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4), la disfunción sexual medida con la escala Sexual Function Index, la urgencia urinaria medida con el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF) y la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36.

5. Metodología

5.1. Diseño

Para la realización de este proyecto se ha optado por un estudio analítico, ya que se lleva a cabo un análisis de los datos; experimental, puesto que hay una intervención y existe aleatorización; longitudinal, ya que hay un periodo de tiempo en el que se realiza, es decir, que no es algo puntual; prospectivo, pues los datos analizados son después de aplicar el tratamiento.

En este estudio se ha cegado únicamente al analista de los datos, es decir, desconoce los datos personales de los sujetos para realizar el análisis de los datos obtenidos. Esto es así, ya que no es posible cegar a los pacientes puesto que se les entregará un consentimiento informado (CI) y una hoja de información al paciente (HI) (Anexo 3) en la que ha de venir explicado el tratamiento que van a recibir, ni a los investigadores ya que son los que realizan los tratamientos.

El diseño del estudio divide a los sujetos de manera aleatoria en dos grupos, el grupo control (GC) que recibirá sólo tratamiento médico y el grupo experimental (GE) que recibirá tratamiento médico junto con tratamiento de fisioterapia.

Se ha optado por este tipo de estudio para ver si se obtienen diferentes resultados en función del tratamiento que reciban los sujetos de estudio. Para ello se han realizado mediciones pre-tratamiento y post-tratamiento.

Para llevar a cabo el estudio se tendrán en cuenta los aspectos éticos recogidos en la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial en 1964 (42), actualizada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Así mismo, se entregará una solicitud de aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) al Hospital 12 de Octubre (Anexo 2).

Se entregará por escrito a los sujetos de estudio una hoja de información al paciente donde se les proporciona información acerca de los objetivos del estudio, la metodología empleada, los protocolos, el tratamiento al que se van a someter y los riesgos que este conlleva (Anexo 3), y a continuación el consentimiento informado que deberán firmar para poder realizar el estudio (Anexo 3). Así mismo, se les informará de que tienen total libertad para abandonar el estudio, ya sea al comienzo o en el transcurso de este (Anexo 3).

Se informará a los sujetos de estudio que todos sus datos personales se usarán exclusivamente para el estudio, asegurándoles que no se usarán para otros fines sin su consentimiento basándonos en la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre” de Protección de Datos de carácter personal. El sujeto de estudio tendrá derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos en cualquier momento.

Se usarán dos bases de datos en Excel, donde en una de ellas aparecerán todos los datos personales de los sujetos y a los que sólo tendrá acceso el investigador, y otra para el analista con códigos de identificación tanto para los datos personales de los sujetos como para la asignación de los grupos de tratamiento.

5.2. Sujetos de estudio

Población diana:

Mujeres con neuropatía del nervio pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

Población de estudio:

Mujeres con neuropatía del nervio pudendo asociado al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico tratadas en los hospitales La Paz, 12 de Octubre y Ramón y Cajal de la Comunidad de Madrid, que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Presentar Neuropatía del Pudendo (criterios de Nantes)
Presentar Síndrome Miofascial del Suelo Pélvico
Edad superior a 18 años
Dolor de duración mayor a 5 o 6 meses
Dolor en sedestación
Estreñimiento
Dolor o molestia durante las relaciones sexuales
Urgencia urinaria

Tabla 10. Criterios de inclusión del estudio. Elaboración propia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Cirugías previas en el suelo pélvico o abdomen
Cistitis
Prolapsos de grado III o IV
Embarazadas
Dificultad para comprender o colaborar con el tratamiento
Pacientes menores de edad
Diagnóstico de patología que justifique el DPC diferente al SANP o SDMSP

Tabla 11. Criterios de exclusión del estudio. Elaboración propia.

La muestra se recogerá a través de un muestreo no probabilístico consecutivo.

El número de sujetos de estudio será elegido mediante un cálculo muestral. Para ello se seleccionará una muestra representativa de la población de estudio, para lo que utilizaremos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{2K * SD^2}{d^2}$$

Dónde:

- K= constante obtenida a través del nivel de significación (α) y de la potencia estadística ($1-\beta$).
- SD= desviación típica.
- d= precisión

Poder estadístico ($1-\beta$)	Nivel de significación (α)		
	5%	1%	0,10%
80%	7,8	11,7	17,1
90%	10,5	14,9	20,9
95%	13	17,8	24,3
99%	18,4	24,1	31,6

Imagen 6. Representación del nivel de significación (α) y del poder estadístico ($1-\beta$) para el cálculo de K.

Para este estudio se ha asumido un poder estadístico del 80% y un nivel de significación del 5%, por lo que el valor de k es 7,8.

Para la obtención de la muestra el estudio se ha basado en el artículo de Mary P. FitzGerald (41), de características similares al presente estudio. Los valores tomados han sido en función de la variable dolor de dicho artículo, donde SD es 2 y d es el valor obtenido de la diferencia de la medida pre-tratamiento y la medida post-tratamiento, es decir, 2,5.

$$N = \frac{2 * 7,8 * 2^2}{2,5^2} = 9,984 \approx 10$$

A la muestra se le sumará un 15% por posibles pérdidas, por lo que finalmente la muestra de este estudio será de 12 en cada grupo, es decir 24 en total.

5.3. Variables

VARIABLE	TIPO	UNIDAD DE MEDIDA	FORMA DE MEDIRLA
Dolor	Cuantitativa discreta dependiente	Escala ordinal del 0 al 10	Escala EVA
Dolor neuropático	Cuantitativa discreta dependiente	Del 0 al 10	Cuestionario Dolor Neuropático 4 (DN4)
Disfunción sexual	Cuantitativa discreta dependiente	De 2 a 36	Test Índice de Función Sexual Femenina
Urgencia urinaria	Cuantitativa discreta dependiente	De 19 a 114	Cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF)
Calidad de vida	Cuantitativa discreta dependiente	De 0 a 100	SF-36

Momento de la medición	Cualitativa nominal dicotómica independiente		0= pre-tratamiento 1= post-tratamiento
Tratamiento	Cualitativa nominal dicotómica independiente		0=tratamiento médico habitual 1=tratamiento médico habitual + tratamiento de fisioterapia

Tabla 12. Variables de estudio. Elaboración propia.

EVA es una escala para medir el dolor con una puntuación del 0 al 10, donde el 0 significa ausencia de dolor y el 10 un dolor insoportable (Anexo 6). En la primera cita se les pedirá a los pacientes que durante los 30 días previos a la primera medición sean conscientes del dolor máximo que experimentan, puesto que de esta manera la medición es más objetiva que pasarles la escala el mismo día de la primera medición, ya que puede que la intensidad del dolor ese día sea menor.

El cuestionario Dolor Neuropático 4 (DN4) utilizado para valorar el dolor neuropático, consiste en 10 ítems de los que los 7 primeros se relacionan con las características del dolor y los 3 últimos con la exploración neurológica de la zona del dolor. La opción “sí” se valora numéricamente con un 1 y la opción “no” con un valor de 0, el valor de corte para el diagnosticar el dolor neuropático es 4 de 10 (Anexo 6).

El test Índice de Función Sexual Femenina empleado para valorar la disfunción sexual, se basa en la interpretación clínica de 6 ítems principales: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Consiste en un cuestionario de 19 preguntas puntuadas del 0 al 5. El puntaje de cada uno de los dominios se multiplica por su factor correspondiente, de tal manera que la puntuación máxima de cada dominio es 6, haciendo una puntuación total del cuestionario de 36 (Anexo 6).

El cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF) para medir la urgencia urinaria. Este cuestionario es una herramienta diseñada para evaluar la sintomatología de los pacientes y el impacto que causa en la calidad de vida. Consiste en una escala de 13 ítems sobre los síntomas y una escala de 6 ítems sobre la salud relacionada con la calidad de vida. Cada uno de los ítems se puntúa del 1 al 6, donde

1=de ningún modo, 2=un poco, 3=algo, 4=bastante, 5=mucho, 6=muchísimo. La puntuación mínima de este cuestionario es 19, ya que ninguno de los ítems se puede valorar con un 0, y la puntuación máxima 114 (Anexo 6).

El cuestionario SF-36 utilizado para medir la calidad de vida, está compuesto por 36 ítems para valorar el estado tanto positivo como negativo de salud. Este cuestionario cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, vitalidad, función social, rol emocional y salud general. Este cuestionario se puntúa del 0 al 100, donde el 0 sería la peor puntuación y por tanto pésima calidad de vida, y el 100 la mejor puntuación y por tanto una excelente calidad de vida. (Anexo 6).

En la primera cita, un mes antes de la primera medición, se le explicará a los sujetos de estudio en qué consiste cada una de las variables para que durante esos 30 días previos a dicha primera medición sean conscientes del valor máximo de dolor que experimenten, del dolor neuropático, de las condiciones de su función sexual, de la urgencia urinaria y del su estado de calidad de vida. Una vez finalizado el tratamiento a los 3 meses, se les volverá a recordar el funcionamiento de estas herramientas para que durante los 30 días previos a la segunda medición, sean también conscientes de cuándo experimentan las manifestaciones más fuertes de los síntomas.

5.4. Hipótesis operativa

❖ Dolor:

- Hipótesis nula (H_0): no hay diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación del dolor medido con la escala EVA en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.
- Hipótesis alternativa (H_1): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación del dolor medido con la escala EVA en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

❖ Dolor neuropático:

- Hipótesis nula (H_0): no hay diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación del dolor neuropático medido con la escala de dolor neuropático (DN4) en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.
- Hipótesis alternativa (H_1): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación del dolor neuropático medido con el cuestionario de Dolor Neuropático 4 (DN4) en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

❖ Disfunción sexual:

- Hipótesis nula (H_0): no hay diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación de la disfunción sexual medido con la escala Sexual Function Index en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.
- Hipótesis alternativa (H_1): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación de la disfunción sexual medido con la escala Sexual Function Index en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

❖ **Urgencia urinaria:**

- Hipótesis nula (H_0): no hay diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación de la urgencia urinaria medida con el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF) en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.
- Hipótesis alternativa (H_1): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación de la urgencia urinaria medida con el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF) en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

❖ **Calidad de vida:**

- Hipótesis nula (H_0): no hay diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación de la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.
- Hipótesis alternativa (H_1): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento médico habitual frente al tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia en la variación de la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 en mujeres con neuropatía del pudendo asociada al síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico.

5.5. Recogida, análisis de datos, contraste de la hipótesis

Los pacientes del estudio serán atendidos en el Hospital 12 de Octubre, dónde se les realizará una valoración inicial.

Una vez los sujetos hayan aceptado su participación en el estudio por medio del Consentimiento Informado (Anexo 3) y tras valorar si cumplen los criterios de inclusión, se procederá a la entrega de la hoja de recogida de datos (Anexo 4) a cada uno de los sujetos de estudio. En esta hoja aparecerán los datos personales de los sujetos de estudio a los que sólo tendrá acceso el investigador principal del proyecto, y aparecerán también los códigos de identificación. En una segunda hoja aparecerán los códigos de identificación, los datos de la exploración física y las mediciones recogidas

pre-tratamiento y post-tratamiento de las variables, a la que tendrá acceso el analista de los datos. Posteriormente, los datos obtenidos serán organizados en una hoja de Microsoft Excel™, para poder así utilizar el programa IBM SPSS statistics® 24.0 y realizar el análisis estadístico.

El análisis de los datos consiste en:

- Análisis descriptivo:

Mediante la estadística descriptiva cuando las variables son cuantitativas se analizan las medidas de centralización: media, mediana y moda, y los valores de dispersión: varianza, rango y desviación típica para cada una de las variables cuantitativas del estudio, con el objetivo de observar diferencias dentro de la población. Los gráficos que se utilizan con variables cuantitativas son histogramas cuando hay distribución normal y cuando es no normal se utilizan diagramas de barras y bigotes.

A través de este tipo de análisis se puede estudiar también la frecuencia absoluta, la frecuencia relativa y los porcentajes para comparar los datos de las variables cualitativas. Los gráficos utilizados con variables cualitativas son los diagramas de barras y de sectores.

- Análisis inferencial:

Se realiza un contraste de hipótesis bilateral de la media de las diferencias de las mediciones tomadas pre-post tratamiento (nueva variable que se crea) a través del test correspondiente.

En primer lugar, se realiza una prueba de normalidad con el Test Kolmogorov Smirnov y una prueba de homogeneidad de varianzas a través del Test de Levene. Si tras realizar ambos test $p > 0,05$ significa que la distribución es normal y homogénea, por lo que se utilizará el test paramétrico T-student para muestras independientes. Por lo contrario, si al realizar ambos test $p < 0,05$ significa que la distribución es no normal y no es homogénea, por lo tanto se utilizara el test no paramétrico U de Mann Whitney.

	Media de medida pre-tratamiento	Media de medida post-tratamiento	Diferencia pre-post
Tratamiento médico habitual	X_1	X_2	$X_2 - X_1$
Tratamiento médico habitual + tratamiento de fisioterapia	X_3	X_4	$X_4 - X_3$

Tabla 13. Medias para contraste de hipótesis. Elaboración propia.

Tras realizar el test T-Student de muestras independientes o U de Mann-Whitney:

- Si $p < 0,05$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 .
- Si $p > 0,05$ se acepta H_0 .

5.6. Limitaciones del estudio

La principal limitación de este proyecto de investigación se basa en la dificultad para encontrar una gran muestra de pacientes, puesto que no es una patología con mucha incidencia. Por esto, la realización del estudio puede llevar más tiempo.

Otra limitación encontrada durante el desarrollo del proyecto ha sido la escasa bibliografía sobre el tema, por la falta de investigación. Además el SANP es una patología normalmente mal diagnosticada que se confunde con otras y con frecuencia no se valora el componente miofascial asociado.

Por otro lado, se planteó incluir como variable de estudio el estreñimiento, sin embargo se tuvo que descartar porque el cuestionario que se iba a utilizar para medirlo no estaba validado en español.

5.7. Equipo investigador

El equipo constará de:

- Investigador principal: Irene Vizcaíno Gil graduada en fisioterapia.
- Fisioterapeuta: especializado en suelo pélvico con experiencia mínima de 2 años.
- Médico: especializado en uroginecología con experiencia mínima de 5 años.
- Estadista: especializado en análisis de datos estadísticos con experiencia en otros proyectos de investigación previos.

6. Plan de trabajo

6.1. Diseño de la intervención

Se ha llevado a cabo un estudio analítico, experimental, longitudinal y prospectivo. En primer lugar, para su realización se ha comenzado planteando una pregunta PICO para la investigación. En segundo lugar, se ha elaborado una estrategia de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Ebsco, PEDro, encontrando un total de 168 artículos de los cuales se han seleccionado 30. Posteriormente se han realizado búsquedas dirigidas en Google Académico encontrando 12 artículos útiles para el estudio. Posterior a la lectura de estos 42 artículos se han elaborado los antecedentes y el estado actual del tema.

Tras finalizar esta primera fase se ha procedido a la elaboración de los objetivos, hipótesis operativa y metodología del estudio de investigación clínica. Para llevar a cabo la metodología se ha calculado el tamaño muestral y se ha definido la población a la que va a ir dirigido el estudio, junto los criterios de inclusión y exclusión. En esta misma fase se ha redactado la recogida y análisis de datos, y el contraste de hipótesis del presente proyecto.

Una vez redactado el proyecto, se solicitará la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) al Hospital 12 de Octubre (Anexo 2). Una vez obtenida la aprobación se establecerá el equipo investigador que va a formar parte de este estudio de investigación clínica. Posteriormente, se informará a los médicos colaboradores acerca de cómo se va a desarrollar el estudio.

Tras este proceso, se reclutarán los sujetos mediante un muestreo no probabilístico consecutivo para poder elaborar los grupos de tratamiento. Puesto que esta patología no la sufren muchos pacientes, es posible que el proceso de reclutamiento de la muestra se demore en el tiempo.

A continuación, los médicos especializados en uroginecología de los tres hospitales derivarán a las pacientes que hayan sido diagnosticadas con SANP asociado al SDMSP y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: presencia de Neuropatía del Pudendo y Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico, dolor de duración mayor a 5 o 6 meses, estreñimiento, dolor en la sedestación, dolor o molestia durante las relaciones sexuales, urgencia urinaria, y los siguientes criterios de exclusión: cirugías previas en el suelo pélvico o abdomen, cistitis, prolapsos de grado III o IV, embarazadas, dificultad para comprender o colaborar con el tratamiento,

pacientes menores de edad y diagnóstico de patología que justifique el DPC diferente a SANP o SDMSP. Estos serán los encargados previo consenso con el investigador principal de recetarles a ambos grupos el tratamiento médico habitual.

Una vez derivadas, se les solicitará que acudan a la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital 12 de Octubre para realizar una primera entrevista por parte del investigador principal, donde se hará la recogida de datos (Anexo 4) y se les entregara la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado (Anexo 3). A continuación, el fisioterapeuta que realiza la intervención les hará también la primera valoración, que incluye la exploración física en la que se verá la estática postural, el tono del diafragma torácico y la cincha abdominal inferior, el tono y el balance muscular del SP, la movilidad y el estado del tejido conjuntivo del SP, y la identificación de puntos dolorosos, PG y bandas tensas, inicialmente a través de la palpación superficial y posteriormente y de manera progresiva a través de la palpación profunda del elevador del ano, los músculos coccígeos, el obturador interno y el piramidal y esta información será recogida a través del (Anexo 5). Se explicará también a las pacientes las herramientas y cuestionarios (Anexo 6) que se van a emplear para que durante el mes previo a la primera medición sean conscientes y estén atentas de cuándo hay una mayor manifestación de los síntomas, así como de la intensidad de estos mismos.

El mismo día, se les asignará un código de identificación a cada una de las pacientes para poder llevar a cabo la asignación de manera aleatoria, a través del programa Microsoft Excel®, para dividir a los sujetos en dos grupos, un grupo experimental al cual se le aplica tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia y un grupo control al cual solo se le aplica el tratamiento médico habitual.

Al mes se volverá a citar a las pacientes y se realizará la primera medición que incluye la toma de las variables de estudio (Anexo 5) y se les pedirá a las pacientes que rellenen los cuestionarios correspondientes (Anexo 6). Para medir el dolor se utilizará la escala EVA con una puntuación del 0 al 10, donde el 0 significa ausencia de dolor y el 10 un dolor insoportable; para el dolor neuropático se usará el cuestionario de Dolor Neuropático 4 (DN4) que consiste en 10 ítems de los que los 7 primeros se relacionan con las características del dolor y los 3 últimos con la exploración neurológica de la zona del dolor, la opción “si” se valora numéricamente con un 1 y la opción “no” con un valor de 0 y el valor de corte para el diagnosticar el dolor neuropático es 4 de 10; para la disfunción sexual se empleará el test Índice de Función Sexual Femenina basado en 19 preguntas puntuadas del 0 al 5, el puntaje de cada uno de los dominios se multiplica por su factor correspondiente, de tal manera que la puntuación máxima de

cada dominio es 6, haciendo una puntuación total del cuestionario de 36; para la urgencia urinaria se usará el cuestionario Overactive Bladder Questionary Short Form (OABq-SF), que consiste en una escala de 13 ítems sobre los síntomas y una escala de 6 ítems sobre la salud relacionada con la calidad de vida, puntuados cada uno de ellos del 1 al 6, donde 1=de ningún modo, 2=un poco, 3=algo, 4=bastante, 5=mucho, 6=muchísimo, la puntuación mínima de este cuestionario es 19 y la puntuación máxima 114; para la calidad de vida se empleará el cuestionario SF-36 compuesto por 36 ítems puntuados de 0 al 100, donde el 0 sería la peor puntuación y por tanto pésima calidad de vida, y el 100 la mejor puntuación y por tanto una excelente calidad de vida (Anexo 6).

En la primera cita, un mes antes de la primera medición se le explicará a los sujetos de estudio en qué consiste cada una de las variables para que durante esos 30 días previos a dicha primera medición sean conscientes del valor máximo de dolor que experimenten, del dolor neuropático, de las condiciones de su función sexual, de la urgencia urinaria y del su estado de calidad de vida. Una vez finalizado el tratamiento a los 3 meses, se les volverá a recordar el funcionamiento de estas herramientas para que durante los 30 días previos a la segunda medición, sean también conscientes de cuándo experimentan las manifestaciones más fuertes de los síntomas.

Una vez obtenidos los datos de la primera valoración de toda la muestra, se organizarán en una hoja del programa Microsoft Excel®.

El tratamiento médico habitual se ha establecido acorde a la evidencia científica del estudio llevado a cabo por Sator-katzenschlager (39), y que se adaptará según las características de los pacientes:

- Inicio del tratamiento con Gabapentina 300 mg e incrementando la dosis cuidadosamente cada semana hasta un máximo de 3.600 mg, repartidos en 3 tomas al día, hasta que la intensidad de dolor en la escala EVA sea ≤ 3 o apareciesen efectos secundarios.
- Si no hay mejoría con la administración de Gabapentina se combinará el tratamiento con Amitriptilina comenzando con una dosis de 25 mg, que se irá incrementando progresivamente hasta dosis máximas de 150 mg, acorde a la tolerancia y la eficacia, hasta que la intensidad de dolor en la escala EVA sea ≤ 3 o apareciesen efectos secundarios.

El tratamiento de fisioterapia se ha establecido acorde a un protocolo, y se adaptará a cada paciente dependiendo de la valoración previa:

- Reeducación postural global (RPG): corrección de la hiperlordosis y de la inclinación pélvica anterior, para evitar poner en tensión la musculatura del SP. Adecuar la postura en la sedestación, enseñando al paciente a sentarse sobre las tuberosidades isquiáticas.
- Regulación del tono del diafragma y de la musculatura abdominal con terapia manual.
- Estiramientos lentos de la musculatura del SP y realización de ejercicios de contracción relajación (postisométricos), para reducir el tono de reposo de los músculos del SP y romper el ciclo de dolor y espasmo muscular.
- Liberación de los PG miofasciales con técnicas de digitopresión tanto interna como externa de manera suave y gradual, manteniendo la presión hasta notar una disminución de la tensión del tejido bajo el dedo del fisioterapeuta. Posteriormente, se aumentará dicha presión hasta alcanzar una nueva barrera y de nuevo se mantendrá hasta que ceda el tejido.
- Movilización de las fascias del SP, con técnicas de inducción miofascial, para la liberación de las restricciones.
- Biofeedback, para el entrenamiento de la musculatura del SP, con la finalidad de recuperar el tono normal y la función de dicha musculatura

El número de sesiones se ha establecido en base a un estudio realizado por Weiss (26), por lo que la periodicidad será de 2 sesiones semanales de 45 minutos de duración, durante 12 semanas. El abordaje de los pacientes será individualizado y acorde a la valoración inicial, combinando las diferentes técnicas de tratamiento.

Al mes de finalizar las 12 semanas de tratamiento se realizará una segunda medición de los mismos ítems que se midieron en la primera medición (Anexo 5). Del mismo modo, se volverá a explicar a las pacientes las herramientas y cuestionarios que se van a emplear para que durante el mes previo a la segunda medición sean conscientes y estén atentas de cuándo hay una mayor manifestación de los síntomas, así como de la intensidad de estos mismos.

Una vez obtenidos los datos de la segunda medición de toda la muestra, se van a organizar en una hoja de del programa Microsoft Excel®. Posteriormente el analista de los datos utilizará el programa IBM SPSS statistics® 24.0 para realizar el análisis estadístico.

Tras obtener los resultados estadísticos se procederá a redactar las conclusiones del estudio.

6.2. Etapas de desarrollo

TAREAS	TIEMPO DE REALIZACIÓN
Redacción del proyecto	Septiembre 2018 – Mayo 2019
Solicitud CEIC	Junio – Julio 2019
Creación del equipo	Agosto – Septiembre 2019
Información médicos colaboradores	Octubre 2019
Selección de la muestra 1ª cita (recogida de datos, HIP, CI) 1ª medición (a continuación del mes de la primera cita)	Noviembre 2019 hasta finalizar reclutamiento de muestra
Intervención	Diciembre 2019, durante 3 meses hasta finalizar reclutamiento de muestra
2ª medición (a continuación del mes de la intervención)	Abril 2020 hasta finalizar reclutamiento de la muestra
Análisis de los resultados	Cuando se termine de reclutar la muestra, aproximadamente 2 meses
Redacción de los resultados y conclusiones	2 Meses

Tabla 14. Etapas de desarrollo. Elaboración propia.

6.3. Distribución de las tareas de todo el equipo investigador

Investigador principal: Irene Vizcaíno Gil, graduada en Fisioterapia, encargada del desarrollo y diseño del proyecto de investigación. Responsable de reunir a cada uno de los integrantes que forman parte del equipo y de explicarles en qué se basa el proyecto. Es quien realiza la entrevista a los pacientes y hace la recogida de datos, y quien les entrega la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado. Será quien realice la asignación aleatoria de los pacientes a cada grupo de tratamiento y en último lugar redactará todo el proyecto y las conclusiones.

Fisioterapeuta: será el encargado de realizar la valoración, recogida de datos de las variables y de los tratamientos a los pacientes de cada uno de los grupos de estudio.

Médico especializado en uroginecología: colaborará en la valoración inicial de los pacientes para asegurar que padecen Neuropatía del Pudendo, asociada al Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico, además de pautarles el tratamiento médico habitual.

Estadista: encargado de analizar e interpretar los datos a nivel estadístico una vez se hayan realizado todas las mediciones.

6.4. Lugar de realización del proyecto

El proyecto se va a llevar a cabo en la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital 12 de Octubre, localizado en la Avenida de Córdoba, s/n, 28041, en Madrid (Anexo 7).

La primera entrevista y todo el proceso de valoración, tratamiento y medición de las variables se realizará de manera individual en una sala de dicha unidad.

El análisis e informatización de los datos también se llevará a cabo en esta unidad, con el equipo tecnológico disponible y utilizando el programa IBM SPSS statistics® 24.0.

7. Listado de referencias

1. Cullerés GR, Sánchez MT, Atanasio EM. Definición. Epidemiología y fisiopatología del dolor pélvico crónico. *Dolor: Investigación, clínica & terapéutica*. 2017;32(2):45-54.
2. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. Netherlands: European Association of Urology. 2016.
3. Hunter CW, Stovall B, Chen G, Carlson J, Levy R. Anatomy, Pathophysiology and Interventional Therapies for Chronic Pelvic Pain: A Review. *Pain Physician*. 2018 03;21(2):147-167.
4. Bedaiwy MA, Patterson B, Mahajan S. Prevalence of myofascial chronic pelvic pain and the effectiveness of pelvic floor physical therapy. *Jour of Reprod Med*. 2013 November;58(11-12):504-510.
5. Borgno LM, Mansilla A, Calisto J, Cabrera JA. Análisis morfológico del nervio pudendo y su abordaje clínico. *Rev Arg de Anato Online*. 2017;8(3):134-140.
6. Itza Santos F, Salinas J, Zarza D, Gómez Sancha F, Allona Almagro A. Actualización del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: enfoque anatómico-quirúrgico, diagnóstico y terapéutico. *Act Urol Esp*. 2010;34(6):500-509.
7. Labat JJ, Riant T, Lassaux A, Rioult B, Rabischong B, Khalfallah M, et al. Adding corticosteroids to the pudendal nerve block for pudendal neuralgia: a randomised, double-blind, controlled trial. *BJOG*. 2017 01;124(2):251-260.
8. Spitznagle TM, Robinson CM. Myofascial pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014 Sep;41(3):409-432.
9. Itza Santos F. Diagnóstico del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: aspectos clínicos y neurofisiológicos.
10. Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancha F, Salinas J, Allona-Almagro A. Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico: una patología urológica muy frecuente. *Act Urol Esp*. 2010;34(4):318-326.
11. Díaz-Mohedo E, Barón-López FJ, Pineda-Galán C. [Etiological, diagnostic and therapeutic consideration of the myofascial component in chronic pelvic pain]. *Actas Urol Esp*. 2011 Nov-Dec;35(10):610-614.
12. Bonder JH, Chi M, Rispoli L. Myofascial Pelvic Pain and Related Disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017 08;28(3):501-515.

13. Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstetrics & Gynecology*. 2013 March;121(3):645-650.
14. (14) Pelvic physical therapy: Another potential treatment option. *Harvard Women's Health Watch* 2018 June;25(10):4-5.
15. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Nathanson BH, Nevin Smith J. Equal Improvement in Men and Women in the Treatment of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome Using a Multi-modal Protocol with an Internal Myofascial Trigger Point Wand. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2016 06;41(2):215-224.
16. Bernardes NO, Marques A, Ganunny C, Bahamondes L. Use of intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain: a randomized, double-blind, crossover clinical trial. *J Reprod Med*. 2010 Jan-Feb;55(1-2):19-24.
17. Ramírez Rueda I, López-Marina V, Alcolea García RM, Rama Martínez T. Neuropatía pudenda: a propósito de un caso. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2009 August 1;35(7):359-362.
18. tza F, Zarza D, Salinas J, Teba F, Ximenez C. Turn-amplitude analysis as a diagnostic test for myofascial syndrome in patients with chronic pelvic pain. *Pain Research & Management*. 2015 /03//Mar/Apr;20(2):96-100.
19. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Act Urol Esp*. 2007 Aug 1;31(7):719-731.
20. Roa VT, Gómez MFR, González AMG, Zableh AMO. Neuropatía del pudendo como causa de dolor pélvico. *Rev Urol Colomb/Colomb Urol Jour*. 2018;27(01):25.
21. Londono MG, Botero JCC, Hernández ECS. Trastornos de la contracción de los músculos del piso pélvico femenino. *Urol Colomb*. 2015;24(1):35-43.
22. Labat J, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur J, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*. 2008;27(4):306-310.
23. Srinivasan AK, Kaye JD, Moldwin R. Myofascial dysfunction associated with chronic pelvic floor pain: management strategies. *Curr Pain Headache Rep*. 2007 Oct;11(5):359-364.
24. Posada IM, González JG, Fraguas MG, Cullerés GR. Tratamiento del dolor pélvico crónico. Papel de las unidades de rehabilitación del suelo pélvico. *Dolor: Investigación, clínica & terapéutica*. 2017;32(2):65-74.

25. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, et al. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecol J*. 2015 Jun;26(6):845-852.
26. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol*. 2001 Dec;166(6):2226-2231.
27. Anderson R, Wise D, Sawyer T, Nathanson BH. Safety and effectiveness of an internal pelvic myofascial trigger point wand for urologic chronic pelvic pain syndrome. *Clin J Pain*. 2011 Nov-Dec;27(9):764-768.
28. Pilat A. *Terapias miofasciales: Inducción miofascial*. : McGraw-Hill Interamericana de España. 2003.
29. Cristiane Carboni, Renata Schwartzman, Patrícia Viana da Rosa. La importancia del fisioterapeuta pélvico en las disfunciones sexuales femeninas. *RCU*. 2013;2(1):113-121.
30. Bertotto A, Schwartzman R, Uchôa S, Wender MCO. Effect of electromyographic biofeedback as an add-on to pelvic floor muscle exercises on neuromuscular outcomes and quality of life in postmenopausal women with stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2017 Nov;36(8):2142-2147.
31. (31) Bhide AA, Puccini F, Bray R, Khullar V, Digesu GA. The pelvic floor muscle hyperalgesia (PFMH) scoring system: a new classification tool to assess women with chronic pelvic pain: multicentre pilot study of validity and reliability. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*. 2015 October;193:111-113.
32. Clarett M. *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino Diagnóstico y Tratamiento. 2012.
33. Larrea B, Correa G, Danilla S, Piñeros J, Bonacic S, Armijo E, et al. Prevalencia de Dolor Crónico Neuropático en Pacientes Quemados. Utilización del Instrumento DN4 para su Diagnóstico. *Rev El Dolor*. 2007;48:14-19.
34. Aydın S, Arıoğlu Aydın Ç, Batmaz G, Dansuk R. Effect of Vaginal Electrical Stimulation on Female Sexual Functions: A Randomized Study. *The Jour of Sex Medi*. 2015 February 1;12(2):463-469.
35. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev chilena de obstet y ginecol*. 2004;69(2):118-125.

36. Fitz F, Sartori M, Girão MJ, Castro R. Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms - A prospective study. *Rev Assoc Med Bras.* (1992) 2017 Dec;63(12):1032-1038.
37. An overactive bladder symptom and quality-of-life short form: development of the Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-q SF). 34th joint meeting of the International Continence Society and the International Urogynecological Association. 2004.
38. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria.* 2005 Apr 1,;19(2):135-150.
39. Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, Frickey N, Ellend A, Gleiss A, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wien Klin Wochenschr.* 2005;117(21-22):761-768.
40. Hetrick DC, Glazer H, Liu Y, Turner JA, Frest M, Berger RE. Pelvic floor electromyography in men with chronic pelvic pain syndrome: A case-control study. *Neurourol and Urodyn.* 2006;25(1):46-49.
41. Fitzgerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol.* 2013 Jan;189(1 Suppl):75.
42. Mundial AM. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación en seres humanos. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina.* 2014;1(2).

ANEXOS

ANEXO 1

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#32	Add	Search ("Pudental Neuralgia"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] Filters: published in the last 5 years	2	05:39:17
#29	Add	Search (((("Pelvic Floor"[Mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[Mesh])) OR "Pudental Neuralgia"[Mesh])) AND "Quality of Life"[Mesh] Filters: Clinical Trial; published in the last 5 years	46	05:38:09
#24	Add	Search ((((((("Pelvic Floor"[Mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[Mesh])) OR "Pudental Neuralgia"[Mesh])) AND "Myofascial Pain Syndromes"[Mesh])) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh])	10	05:33:56
#21	Add	Search (((("Pelvic Floor"[Mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[Mesh])) OR "Pudental Neuralgia"[Mesh])) AND "Myofascial Pain Syndromes"[Mesh]	19	05:27:41
#20	Add	Search (("Pelvic Floor"[Mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[Mesh])) OR "Pudental Neuralgia"[Mesh]	5088	05:26:52
#16	Add	Search "Quality of Life"[Mesh]	167565	05:21:26
#14	Add	Search "Myofascial Pain Syndromes"[Mesh]	6290	05:20:43
#6	Add	Search "Pelvic Floor"[Mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[Mesh]	5025	05:19:02
#4	Add	Search "Pudental Neuralgia"[Mesh]	66	05:18:23
#2	Add	Search "Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]	141007	05:17:51

Imagen 7. Pantallazo de estrategias de búsqueda de la base de datos Pumbed.

Número de ID de búsqueda	Términos de la búsqueda	Opciones de búsqueda	Acciones
S10	 S2 AND S5	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (27) Ver detalles Modificar
S9	 S1 AND S7	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (8) Ver detalles Modificar
S8	 S4 AND S6	Limitadores - Fecha de publicación: 20130101- Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (36) Ver detalles Modificar
S7	 S4 AND S6	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (71) Ver detalles Modificar
S6	 S2 OR S3	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (22,957) Ver detalles Modificar
S5	 quality of life	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (745,262) Ver detalles Modificar
S4	 myofascial pain syndrome	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (4,682) Ver detalles Modificar
S3	 pelvic floor OR pelvic floor disorders	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (22,693) Ver detalles Modificar
S2	 pudental neuralgia	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (288) Ver detalles Modificar
S1	 physical therapy modalities OR physical therapy specialty	Modos de búsqueda - Booleano/Frase	Ver resultados (37,749) Ver detalles Modificar

Imagen 8. Pantallazo de estrategias de búsqueda de la base de datos Ebsco.

Abstract & Title:

Therapy:

Problem:

Body Part:

Subdiscipline:

Topic:

Method:

Author/Association:

Title Only:

Source:

Published Since: [YYYY]

New records added since: [DD/MM/YYYY]

Score of at least: [/10]

Return: records at a time

Imagen 9. Pantallazo de estrategias de búsqueda de la base de datos Pedro.

ANEXO 2

SOLICITUD AL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Don/Doña Irene Vizcaíno Gil en calidad de investigadora principal, con domicilio social en Guadalajara.

EXPONE:

Que desea llevar a cabo el estudio “Valoración de la efectividad del tratamiento fisioterápico en pacientes afectos de Neuropatía del Pudendo asociada al Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico”.

Que será realizado en el Servicio de Unidad de Suelo Pélvico del Hospital 12 de Octubre por Irene Vizcaíno Gil , fisioterapeuta colegiada como Investigador principal. Así mismo, solicitará el permiso para el uso de las instalaciones de dicha unidad para poder llevar a cabo el proyecto de investigación.

Que el estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable para los ensayos clínicos que se realicen en España y siguiendo las normas éticas internacionalmente aceptadas (Helsinki última versión).

Por lo expuesto,

SOLICITA:

Le sea autorizada la realización de este ensayo cuyas características son las que se indican en la hoja de resumen del ensayo y en el protocolo y que a tenor de los medicamentos que se investigan son:

- Primer Ensayo clínico con un PEI.
- Ensayo clínico posterior al primero autorizado con un PEI (indicar nº de PEI).
- Primer ensayo clínico referente a una modificación de PEI en trámite (indicar nº de PEI).
- Ensayo clínico con una especialidad farmacéutica en una nueva indicación (respecto a las autorizaciones en la Ficha Técnica).
- Ensayo clínico con una especialidad farmacéutica en nuevas condiciones de uso (nuevas poblaciones, nuevas pautas posológicas, nuevas vías de administración, etc).

- Ensayo clínico con una especialidad farmacéutica en las condiciones de uso autorizadas.
- Ensayo de bioequivalencia con genéricos.
- Otros.

Para lo cual se adjunta la siguiente documentación:

- 4 copias de protocolo de ensayo clínico.
- 3 copias del Manual del Investigador.
- 3 copias de los documentos referentes al consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para el sujeto de ensayo.
- 3 copias de la Póliza de Responsabilidad Civil.
- 3 copias de los documentos sobre la idoneidad de las instalaciones.
- 3 copias de los documentos sobre la idoneidad del investigador principal y sus colaboradores.
- Propuesta de compensación económica para los sujetos, el centro y los investigadores.

Firmado:

D/D^a _____

En _____ a _____ de _____ de _____.

ANEXO 3

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

A usted se le invita a formar parte del estudio de investigación clínica “Valoración de la efectividad del tratamiento fisioterápico en pacientes afectos de Neuropatía del Pudendo asociada al Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico”. Antes de confirmar su voluntaria participación, debe conocer en qué consiste el estudio y los posibles riesgos que acarrea. Usted es libre de renunciar al estudio antes o durante el mismo.

Lea cada punto con detenimiento y atención. Si le surge alguna duda se la resolveremos de forma inmediata.

Datos del investigador y del centro

- Nombre y Apellidos: Irene Vizcaíno Gil.
- Teléfono:
- E-mail: irenevizcaino12@gmail.com
- Centro de realización: Hospital 12 de Octubre, Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Fisioterapia.
- Dirección: Avenida de Córdoba, s/n, 28041, Madrid.

Datos de la investigación

El estudio “Valoración de la efectividad del tratamiento fisioterápico en pacientes afectos de Neuropatía del Pudendo asociada al Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico” tiene como objetivo comprobar si incluir el tratamiento de fisioterapia en el tratamiento médico habitual es más efectivo que no incluirlo.

Criterios de inclusión

- Presentar Neuropatía del Pudendo (criterios de Nantes).
- Presentar Síndrome de Dolor Miofascial del Suelo Pélvico.
- Edad superior a 18 años.
- Dolor de duración mayor a 5 o 6 meses.
- Dolor en sedestación.
- Estreñimiento.
- Dolor o molestia durante las relaciones sexuales.
- Urgencia urinaria.

Criterios de exclusión

- Cirugías previas en el suelo pélvico o abdomen.
- Cistitis.
- Prolapsos de grado III o IV.
- Embarazadas.
- Dificultad para comprender o colaborar con el tratamiento.
- Pacientes menores de edad.
- Diagnóstico de patología que justifique el DPC diferente al SANP o SDMSP.

Procedimiento del estudio

Una vez usted haya sido derivada de su hospital de referencia a la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital 12 de Octubre, y haya firmado el consentimiento para participar en el estudio, se le asignará de manera aleatoria al grupo experimental (GE) al cual se le aplica tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia o al grupo control (GC) al cual solo se le aplica el tratamiento médico habitual.

Así mismo, se le realizará una primera valoración en la que se llevará a cabo una inspección visual y una exploración física y se le pasarán algunos cuestionarios para ver el estado de calidad de vida, de la función sexual y la intensidad y el tipo de dolor que usted padece. Se le realizará también una entrevista en la que se recogerán sus datos personales.

Si usted pertenece al GC únicamente se le aplicará el tratamiento médico habitual pautado por su médico y si pertenece al GE se le aplicará el tratamiento médico habitual junto con tratamiento de fisioterapia que consiste en terapia manual, lo que incluiría masaje intracavitario, estiramientos mantenidos de la musculatura hipertónica, liberación de los puntos gatillo miofasciales por digitopresión externa e interna en los músculos del suelo pélvico, técnicas de inducción miofascial, biofeedback y por otro lado la reeducación postural global.

Un mes después de realizar la primera valoración, comenzará con el tratamiento. Se realizarán 2 sesiones semanales de 45 minutos de duración, durante 12 semanas. Al finalizar los 3 meses de tratamiento, se dejará un periodo de descanso de 30 días y se le volverá a citar para realizar una segunda medición en la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital 12 de Octubre.

Observaciones

La paciente ha de avisar si está embarazada.

Riesgos para la salud del paciente

Estos tratamientos no suponen ningún riesgo para su salud. Únicamente tendrá que indicar si es alérgica al látex, puesto el fisioterapeuta que realice los tratamientos utilizará guantes.

Si hay un incremento de dolor significativo, progresivo y mantenido durante el tratamiento este se suspenderá.

Retribución

No recibirá ningún tipo de retribución económica por formar parte de este estudio de investigación clínica.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D/D^a _____ (nombre y apellidos del paciente) con DNI _____, he leído y he sido informado/a sobre la terapia que se me va a realizar y cuál es mi aportación en el proyecto y los riesgos que este conlleva para mi salud.

Me presento de forma voluntaria para formar parte del proyecto, entendiendo que tengo el derecho de renunciar al comienzo de este o durante su transcurso, y sabiendo que no hay retribución económica por formar parte de él. Entiendo mi lugar en el proyecto y consiento ser tratado por un fisioterapeuta colegiado.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre el estado físico y la salud de mi persona que pudiera afectar a los procedimientos que se me van a realizar. De la misma manera, declaro dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los procedimientos de los que he sido informado/a.

Firma:

_____ de _____ de _____.

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/D^a _____ con DNI _____.

El día _____ del mes _____ y año _____ revoco el consentimiento informado firmado, para la participación en el estudio “Valoración de la efectividad del tratamiento fisioterápico en pacientes afectos de Neuropatía del Pudendo asociada al Síndrome de Dolor Miofascial del suelo pélvico”, renunciado a seguir formando parte del estudio de investigación, en virtud de mi propio derecho. Para que conste y haga efecto firmo el presente documento:

Firma:

_____ de _____ de _____.

ANEXO 4

Hoja de datos personales del paciente

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE	
Nombre	
Apellidos	
Edad	
Número de partos y cómo han sido	
Teléfono de contacto	
Código de identificación	
Grupo de tratamiento	EXPERIMENTAL <input type="checkbox"/>
	CONTROL <input type="checkbox"/>

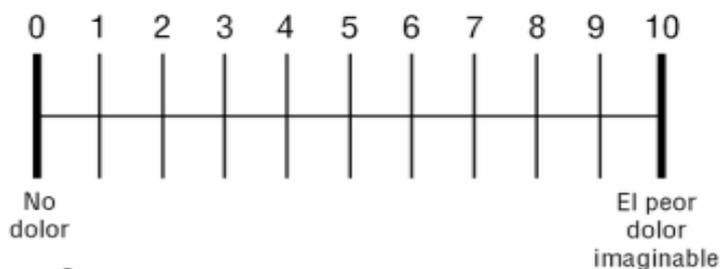
ANEXO 5

EXPLORACIÓN FÍSICA	
Código de identificación	
Grupo de tratamiento	EXPERIMENTAL <input type="checkbox"/>
	CONTROL <input type="checkbox"/>
Estática postural	
Tono del diafragma torácico y cincha abdominal inferior	
Tono y balance muscular del SP	
Movilidad y estado del tejido conjuntivo del SP	
Puntos dolorosos	
PG y bandas tensas (palpación superficial y profunda)	

MEDICIÓN DE VARIABLES		
	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
Dolor		
Dolor neuropático		
Disfunción sexual		
Urgencia urinaria		
Calidad de vida		

ANEXO 6

Escala EVA



Cuestionario Dolor Neuropático 4 (DN4)

Entrevista al paciente		
¿Su dolor tiene alguna de las siguientes características?		
Quemante	Si	No
Frío doloroso	Si	No
Descarga eléctrica	Si	No
¿En la zona dolorosa, su dolor está asociado con alguno de los siguientes síntomas?		
Hormigueo	Si	No
Agujas	Si	No
Dormido	Si	No
Prurito	Si	No
Examen físico		
En la zona dolorosa, al examen se encuentran:		
Hipoestesia al tacto	Si	No
Hipoestesia al pinchazo	Si	No
En la zona dolorosa, al examen se encuentran:		
Cepillado	Si	No

Test Índice de Función Sexual Femenina

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

12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Deseo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14,15,16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> 1 Excelente	<input type="checkbox"/> 2 Muy buena	<input type="checkbox"/> 3 Buena	<input type="checkbox"/> 4 Regular	<input type="checkbox"/> 5 Mala
---	---	-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c) Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d) Subir varios pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e) Subir un sólo piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f) Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g) Caminar un kilómetro o más.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h) Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i) Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j) Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b) ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Cuestionario OAB-SF

Número de identificación	
Fecha en que se rellenó el cuestionario	Variable tipo fecha dd/mm/aaaa
Durante las 4 últimas semanas cuánto le molestó...	
1. Tener molestos deseos de orinar	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
2. Tener repentinos deseos de orinar	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
3. Tener pérdida accidental de pequeñas cantidades de orina	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
4. Tener que orinar por la noche	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
5. Despertarse por la noche por tener que orinar	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
6. Tener pérdida asociada a un fuerte deseo de orinar	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
Durante las 4 últimas semanas con que frecuencia sus síntomas vesicales...	
1. Le hicieron planear rutas de escape	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
2. Le hicieron sentir que algo no estaba bien	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
3. Interfirieron con su capacidad de descansar	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
4. Le hicieron sentirse frustrado o irritado	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
5. Le hicieron evitar actividades lejos de baños	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
6. Lo despertaron mientras dormía	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).

7. Le hicieron disminuir la actividad física	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
8. Le causaron problemas con su pareja	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
9. Le hicieron sentirse incómodo al viajar	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
10. Influyeron en sus relaciones con familiares	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
11. Le dificultaron obtener la cantidad de sueño necesario	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
12. Le dieron vergüenza	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).
13. Le hicieron ubicar el baño más cercano	Variable ordinal de 6 categorías: 1 (nada), 2 (un poco), 3 (algo), 4 (bastante), 5 (mucho) y 6 (muchísimo).

