



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

**Grado en Fisioterapia**

**Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Inclusión del tratamiento de fisioterapia al  
tratamiento convencional en mujeres con  
dispareunia postepisiotomía en la mejora del  
dolor, función sexual y calidad de vida***

Alumno: Beatriz García Redondo López

Tutor: María Jesús Martínez Beltrán

**Madrid, mayo de 2023**

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Tabla de abreviaturas.....	6
1. Antecedentes y estado actual del tema.....	7
2. Evaluación de la evidencia.....	24
2.1. Estrategia de búsqueda.....	24
2.1.1. Pubmed.....	25
2.1.2. Ebsco.....	27
2.1.3. Búsquedas manuales y libros.....	27
2.2. Flujograma.....	28
3. Objetivos.....	29
3.1. Objetivo general.....	29
3.2. Objetivos específicos.....	29
4. Hipótesis conceptual.....	30
5. Metodología.....	31
5.1. Diseño.....	31
5.2. Sujetos de estudio.....	33
5.3. Variables.....	36
5.4. Hipótesis operativa.....	38
5.5. Recogida, análisis de datos y contraste de hipótesis.....	39
5.6. Límites del estudio.....	41
5.7. Equipo investigador.....	42
6. Plan de trabajo.....	43
6.1. Diseño de la intervención.....	43
6.2. Etapas del desarrollo.....	49
6.3. Distribución de las tareas del equipo investigador.....	50
6.4. Lugar de realización del proyecto.....	52
7. Bibliografía.....	53
8. Anexos.....	56
Anexo 1: Búsquedas en Pubmed.....	56
Anexo 2: Búsquedas en Ebsco.....	57
Anexo 3: Solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica.....	58
Anexo 4: Hoja de Información al paciente.....	60
Anexo 5: Documento de Consentimiento Informado.....	63
Anexo 6: Escala Visual Analógica.....	64
Anexo 7: Índice de la Función Sexual Femenina.....	65
ANEXO 8: SF36.....	69

ANEXO 9: Hoja de datos personales .....	77
Anexo 10: Hoja de tratamiento.....	78
Anexo 11: Lugar de realización del proyecto. ....	79

## Resumen

**Antecedentes:** Se ha demostrado que, las mujeres que han sido sometidas a una episiotomía en alguno de sus partos tienden a padecer más dolores en las relaciones sexuales que las mujeres que no han sido intervenidas con esta técnica. La dispareunia secundaria a una episiotomía puede provocar dolor hasta seis meses postparto hasta en un 33% de los casos. El problema viene dado a que, la dispareunia es una patología infradiagnosticada debido a la falta de estudios sobre ésta, provocando un mal enfoque multidisciplinar para su tratamiento, lo que causa que no haya protocolos establecidos para su abordaje, dejando a las mujeres desatendidas ante su dolor.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento convencional en mujeres con dispareunia frente a no incluirlo en variación al dolor, la disfunción sexual y la calidad de vida de esas mujeres.

**Metodología:** Se realizará un estudio analítico, experimental, longitudinal y prospectivo donde se cegará únicamente al analista de los datos. En el estudio participan 44 mujeres a las cuales dividiremos en dos grupos: el grupo control recibe un tratamiento convencional de la dispareunia pautado por su médico, mientras que el grupo control a parte de recibir ese mismo tratamiento, se le aplica un protocolo de fisioterapia. El estudio dura 4 semanas y se les pide a las pacientes que completen 3 escalas/cuestionarios (escala EVA, el cuestionario IFSF y el SF36) antes y después del tratamiento. Se utilizará el programa IBM® SPSS® Statistics para analizar los datos obtenidos.

**Palabras clave:** Dispareunia, Episiotomía, Fisioterapia

## **Abstract**

**Background:** It has been shown that, women who have undergone an episiotomy in one of their deliveries tend to suffer more pain during sexual intercourse than women who have not undergone surgery with this technique. Dyspareunia related with episiotomies can cause pain up to six months postpartum in 33% of the cases. The problem is due to the fact that dyspareunia is an underdiagnosed pathology because of the lack of studies on it, causing a poor multidisciplinary approach to its treatment, which causes that there are not established protocols for its approach, leaving women unattended with their pain.

**Objective:** To evaluate the efficacy of including physical therapy treatment to conventional treatment in women with dyspareunia versus not including it in terms of pain, sexual dysfunction and the quality of life of these women.

**Methodology:** To create an analytical, experimental, longitudinal and prospective study where only the data analyst is blinded. In the study, 44 participants will participate, which we will divide in two groups: the control group will receive a conventional treatment for dyspareunia prescribed by their doctor, while the experimental group, apart from receiving the conventional treatment, will also be subjected to a physiotherapy protocol. The study lasts 4 weeks and the patients are asked to complete 3 scales/questionnaires (VAS scale, IFSF questionnaire and SF36) before and after applying the treatment. We will be using the IBM ® SPSS ® Statistics program to analyze the data.

**Key words:** Dyspareunia, episiotomy, Physical therapy.

## Tabla de abreviaturas

Abreviatura	Término
AIT	Análisis por Intención a Tratar
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CI	Consentimiento Informado
ECA	Ensayo Clínico Aleatorio
EVA	Escala Analógica Visual
GC	Grupo Control
GE	Grupo Experimental
$H_a$	Hipótesis Alternativa
HIP	Hoja de Información al Paciente
$H_0$	Hipótesis Nula
IFSF	Índice de la Función Sexual Femenina
NFCP	Núcleo Fibroso Central del Periné
NICE	Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención
TENS	Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea

## 1. Antecedentes y estado actual del tema

El suelo pélvico forma una parte fundamental en el mantenimiento de la salud de los sistemas tanto genital, urinario como del gastrointestinal (1). Se ha demostrado que el 85% de las mujeres que dan a luz vía vaginal presentarán algún tipo de trauma perineal (2).

El dolor perineal puede limitar tanto la calidad de vida, como la movilidad y la capacidad que la mujer tiene para cuidar del recién nacido. Todos estos aspectos, en conjunto, pueden acabar teniendo un impacto negativo en como la madre se adapta a la maternidad (3).

Está comprobado que, las mujeres que han sido sometidas a una episiotomía o algún tipo de laceraciones perineales durante el momento del parto tendían a retrasar la reanudación de las relaciones sexuales e incluso tenían más disfunciones sexuales en comparación con las mujeres que no habían sufrido ningún tipo de problema perineal durante el parto (2). Se ha estimado que aproximadamente, el 85% de las mujeres sufren algún tipo de trauma perineal durante el parto, de las que el 60-70% de ellas necesitaron que se les realizara una episiotomía (4).

En relación a la anatomía del suelo pélvico que compete en este trabajo, se puede exponer que la región perineal de las mujeres se va a dividir en dos partes por una línea imaginaria que va de una tuberosidad isquiática a otra y el punto central de esta línea corresponde al centro del periné (situado encima del cuerpo perineal). La parte posterior será la región anal, mientras que la anterior será la región urogenital (5).

Los genitales externos femeninos (también llamados vulva) se van a encontrar entre la región urogenital y el pubis. Aquí se encuentran unos grandes pliegues denominados labios mayores y ambos están unidos tanto anterior como posteriormente por las comisuras labiales. En la parte posterior del diafragma urogenital se encuentran las glándulas vestibulares mayores (también denominadas glándulas de Bartolino), las cuales se encargan de secretar líquido lubricante y feromonas (5).

Por otro lado, el espacio que se encuentra entre los labios mayores se llama hendidura vulvar, y de ella sobresalen los labios menores que tienen abundantes glándulas sebáceas. Cuando separamos los labios menores, aparece el vestíbulo vaginal, donde de posterior a anterior nos encontramos la fosa del vestíbulo vaginal, el orificio vaginal, el orificio uretral externo y por último el clítoris (5).

El suelo pélvico forma el suelo de la cavidad abdominopélvica y sobre él recae todo el peso de las vísceras que se encuentran encima. La parte superficial que se encuentra justo debajo de la piel se denomina región perineal mientras que la parte muscular que compone el suelo

pélvico se llama el diafragma pélvico (formada por los músculos coccígeos, elevador del ano y las fascias inferior y superior) (6).

En cuanto el periné, como hemos menciona anteriormente se define como la zona superficial de tejidos blandos que cierra la pelvis menor en su extremo caudal. Las estructuras que marcan los límites del periné son: por la parte anterior la sínfisis del pubis; en la zona anterolateral las ramas inferiores del pubis e isquiáticas; posterolateralmente los ligamentos sacrotuberosos; en la zona posterior el sacro y el coxis; en la profundidad nos encontramos la fascia inferior del diafragma pélvico y en la superficie la piel (6).

El diafragma pélvico, junto a la fascia pélvica forman el suelo de nuestra cavidad pélvica. Está formado principalmente por dos músculos (6):

- Músculo coccígeo: este músculo se origina en la espina ciática y va abriéndose en forma de abanico hasta la zona anterior e inferior tanto del sacro como del coxis y su función es principalmente el sostén.
- Músculo elevador del ano: es uno de los músculos más importante del suelo pélvico y forma la mayor parte del diafragma pélvico. Es un músculo muy ancho que se extiende por la mayor parte de la pelvis menor y está formado por cuatro músculos distintos.
  - Puborrectal: de los cuatro es el que está más medial. Su origen se encuentra en la parte posterior del pubis y se acaba rodeando la flexura perineal del recto. Tiene una importante función controlando el ángulo anorrectal, que se encarga de la continencia fecal.
  - Pubococcígeo: se encuentra lateral al músculo puborrectal. Se origina en la parte posterior de pubis y llega a insertarse en el centro tendinoso, en el cóccix y en el esfínter externo del ano.
  - Pubovaginal: es una parte concreta del músculo pubococcígeo que se dirige hacia la pared de la vagina.
  - Iliococcígeo: consiste en la parte más externa del músculo elevador del ano y va desde el centro tendinoso del elevador del ano hasta el coxis.

La región urogenital del suelo pélvico se encuentra en la zona anterior el periné, concretamente entre la piel y el diafragma pélvico. En la región subcutánea se encuentran la vulva y el ano. En una capa algo más profunda, está la bolsa subcutánea del periné. Si seguimos incrementando la profundidad se localizan los músculos perineales superficiales (inervados por el nervio pudendo) que son (6):

- Transverso superficial del periné: músculo que tiene origen en la tuberosidad isquiática y llega transversalmente hasta el centro tendinoso del periné.

- Bulboesponjoso: tiene origen en el centro tendinoso del periné y se dirige, cubriendo el bulbo del vestíbulo, hasta el cuerpo cavernoso del clítoris. Su principal función es provocar la erección del clítoris y cerrar el introito vaginal.
- Isquiocavernoso: su recorrido va desde la cara interna de la tuberosidad isquiática hasta la base del clítoris. Es por esto, que ayuda, junto al músculo bulboesponjoso a la erección del clítoris.

Y más en profundidad, nos encontraremos la siguiente musculatura (inervada por el nervio pudendo) (6):

- Transverso profundo del periné va desde la cara interna de la tuberosidad isquiática hasta el centro perineal y el esfínter externo del ano. Su función es fijar el centro tendinoso del periné y contribuye (junto al músculo transverso superficial) a sujetar las vísceras abdominopélvicas.
- Esfínter externo de la uretra: es una estructura de forma tubular que va desde el arco del pubis rodeando la uretra, construyendo así el esfínter de la uretra.
- Compresor de la uretra: sus fibras son oblicuas y van por delante y detrás de la uretra y por debajo de su esfínter.
- Esfínter uretrovaginal: parte del centro tendinoso y van rodeando la vagina y uretra justo por debajo del músculo compresor de la uretra.

Tras realizar varios estudios, se ha llegado a comprobar que, del total de episiotomías que se realizan, el 81,7% los músculos que más quedan dañados son el bulboesponjoso y el músculo transverso superficial del periné (7).

Una episiotomía es una incisión quirúrgica que se realiza en el perineo durante el segundo periodo del parto para agrandar el orificio de la vagina con el objetivo de evitar desgarros y daños en las estructuras del suelo pélvico, al igual que para reducir la presión que ejerce la cabeza del feto durante el momento del expulsivo (1,8,9). A pesar de ser el procedimiento obstétrico que con más frecuencia se realiza, su uso es algo controversial. Ésta fue realizada por primera vez en 1742 por Felding Ould, quien opinaba que se usaría de manera excepcional en los partos complicados para facilitar el momento del expulsivo. El verdadero problema vino cuando a principios del siglo XX, los científicos De Lee y Pomeroy aconsejan realizar esta técnica de manera sistemática en los partos (10). En 1983, Thacker y Banta desaprueban el uso rutinario de episiotomías poniendo en duda si todas las embarazos a las que se le realizaban cumplían los requisitos que se necesitaban para ejecutar la técnica. Es por esto por lo que, hoy en día no se tiene en cuenta únicamente el corte, sino que también

se estudia la técnica, las complicaciones inmediatas, a medio y a largo plazo, la cicatrización, el dolor, infecciones, incontinencia y dolor en las relaciones sexuales entre otras (8).

La episiotomía es una técnica mundialmente utilizada, aunque no en todos los países por igual. De los 78,84 millones de niños que nacen alrededor del mundo al año, el 60% de las mujeres tienen un parto vaginal (3). Según los datos obtenidos entre 1996 y 2012, en Estados Unidos la episiotomía se le realiza al 62,5% de las madres primíparas; en Europa, la tasa es del 30% (siendo Suecia quien tiene el porcentaje más bajo de 9,7%). Los países asiáticos se colocan a la cabeza con un porcentaje de entre el 90 y el 100% en lugares como Taiwán y en países latinoamericanos debido a razones culturales (8).

Podemos clasificar las episiotomías en 7 categorías según el origen y la dirección de la incisión según la tabla 1 (9):

I. Mediana	se realiza una incisión desde la comisura posterior de la vagina hasta el tendón central del cuerpo perineal formando una línea recta que conecta ambos puntos.
II. Mediana modificada	parecida a la anterior pero cuando se llega al tendón central del cuerpo del periné se hacen dos incisiones transversales: una hacia la derecha y otra hacia la izquierda para así proteger al esfínter anal.
III. En forma de J	el corte comienza en la zona media de la parte posterior de la vagina y se va lateralizando en dirección a la tuberosidad isquiática para evitar el desgarro del esfínter anal.
IV. Medio lateral	para realizarla se comienza en la comisura posterior de la vagina y se hace un corte recto en dirección a la tuberosidad isquiática.
V. Lateral	comienza en la parte lateral del introito y sigue en línea recta a la tuberosidad isquiática.
VI. Lateral radical	no se considera una incisión obstétrica, pero en partos muy complejos en

	ocasiones se usa. Comienza en la parte lateral del introito y va en dirección a la tuberosidad isquiática, pero en forma de curva.
VII. Anterior	prácticamente nunca usada. Está relacionada con la mutilación genital y consiste en una incisión desde la parte anterior de la vagina.

Tabla 1. Categorías de las episiotomías.

Hoy en día solo se utiliza la incisión medio lateral, lateral y la mediana (sobre todo la medio lateral y lateral, más que la mediana) debido a que son las técnicas más fáciles y que menos complicaciones conllevan (8). El uso de las episiotomías medio laterales y laterales son del 63.6%. Se observó que el uso de este tipo de incisiones reduce la probabilidad de sufrir una lesión obstétrica del esfínter anal frente a las mujeres a las que no se les realizaban ningún tipo de episiotomía (1).

Por otro lado, podemos clasificar las episiotomías según el momento en el que se realizan descritas en la tabla 2 (10):

I. De rutina	se utiliza sistemáticamente en todos los partos vaginales en el momento del expulsivo que progresan de manera normal.
II. Selectiva	solo se realiza en momentos concretos en los que haya indicación de realizarlo.

Tabla 2. Momento de realización de episiotomía.

Se ha demostrado que hay una prevalencia de menos de un 30% en cuanto laceraciones o traumas perineales cuando se efectúa una episiotomía selectiva frente a la de rutina (10).

Las episiotomías pueden llegar a ser técnicas obstétricas muy útiles, pero debemos tener claro cuando realizarlas ya que siguen siendo intervenciones quirúrgicas. Está indicado efectuarla cuando nuestro objetivo sea disminuir el tiempo de la fase del expulsivo, evitar laceraciones y daños perineales, prevenir posibles prolapsos genitales e incontinencias, cuando haya un parto instrumentalizado debido a complicaciones, para evitar la hipoxia del feto y cuando el desgarro de la madre sea inminente (8).

Por otro lado, también debemos saber en qué momento esta técnica no sería beneficiosa ni para la madre ni para el feto y por lo tanto estaría contraindicado su uso. Estos casos son: cuando hay hipotonía y flacidez en la musculatura del suelo pélvico de la mujer, cuando los profesionales observen que el suelo pélvico de la mujer es muy elástico y no habrá riesgo de desgarro, cuando haya enfermedades granulomatosas que favorezcan a las infecciones, en el momento que haya fístulas recto-perineales o si la madre padece de cáncer ano-rectal. Hacer una episiotomía rutinaria en un parto vaginal normal no es una contraindicación, pero la literatura actual recomienda no hacerla (10).

Respecto a las complicaciones que pueden surgir tras realizar una episiotomía se pueden dividir en tres fases: complicaciones inmediatas, que aparecen justo después (está relacionado más con los desgarros, el sangrado, los hematomas, dolor y edema), las complicaciones mediatas, las cuales aparecen después de 48-72 horas (infección, separación de los tejidos unidos por la sutura y granulomas) y por último las complicaciones tardías (fibrosis y fístulas) (9,10).

El trauma del tracto urinario que se produce durante el parto está íntimamente asociado con la dispareunia postparto y tiene un gran impacto en la función sexual de la mujer. Según la Organización Mundial de la Salud, todas las mujeres deberían ser preguntadas por sus médicos sobre su dolor en las relaciones sexuales después del parto y revisar si hay presencia de dispareunia hasta incluso 6 semanas después del parto. Los estudios han revelado que las mujeres que han sido sometidas a episiotomías han tenido un aumento de dolor perineal, han desarrollado una dispareunia postparto que antes no padecían y han retrasado la vuelta a su actividad sexual tras el parto. Normalmente el dolor perineal se resuelve al cabo de tres meses postparto, pero la dispareunia suele necesitar más tiempo para que se resuelva (2).

Como se ha explicado anteriormente, el trauma perineal es el daño físico más frecuente que hay después de un parto vaginal, y es por eso que la dispareunia y el dolor perineal son síntomas muy comunes que las mujeres experimentan tanto a corto como a largo plazo afectando así a su calidad de vida. Este problema ha llegado a afectar hasta a un 42% de mujeres tras haber pasado dos semanas después del parto vaginal (11,12).

Se define dispareunia como un dolor o molestia persistente o recurrente el cual aparece en el momento de la penetración, tanto completa como incompleta, al igual que con cualquier tipo de fricción que haya en la zona vaginal. Las causas de la dispareunia son muy variadas, entre ellas la inflamación vaginal, hipertonicidad de la musculatura pélvica, endometriosis o vestibulodinia provocada, pero si hablamos de dispareunia postparto, la causa más común es sensibilidad post-episiotomía y las adherencias pélvicas. A esto se le puede sumar que las

propias episiotomías o laceraciones pueden provocar molestias o dolor a la hora de mantener relaciones sexuales (12,13).

La dispareunia se puede clasificar según:

1. El momento de aparición:

- Primaria: cuando el dolor aparece en la primera relación sexual y se mantiene durante toda la vida.
- Secundaria: después de años de relaciones sexuales satisfactorias y saludables empieza a notar dolor únicamente durante las relaciones sexuales.

2. Según el contexto en el que aparece el dolor:

- Generalizado: Si los síntomas se reproducen en todas las circunstancias y con todas las diferentes parejas sexuales que hayas tenido.
- Situacional: solo ocurre en ciertos momentos de la relación, en determinadas posturas y con determinados estímulos.

3. Según el lugar donde se presente el dolor:

- Superficial: el dolor aparece en la entrada del introito o durante la penetración.
- Profundo: el dolor aparece durante los movimientos en el coito o la penetración profunda.

Aunque la mayoría de las mujeres padecen un dolor perineal agudo (22-86%) debido a la episiotomía, es cierto que algunas mujeres pueden llegar a sufrir dispareunia hasta un año después del parto. La cicatriz de la episiotomía puede llegar a ser muy dolorosa en algunos casos, y puede hacer que las relaciones sexuales sean dolorosas, provocando problemas psicológicos debido a este impedimento. La dispareunia lo que hace es primero bloquear el ciclo de la respuesta sexual de la mujer, y esto lo consigue mediante una reducción de la segunda fase (que consiste en la excitación sexual de la mujer y la producción de lubricación). A continuación, debido a esta primera respuesta, el cuerpo reacciona mediante un reflejo de defensa contrayendo los músculos perineales, empeorando así la dispareunia (12).

Estudios han realizado un seguimiento de la duración de la dispareunia secundaria a una episiotomía, tejido cicatricial adherido o una mala recuperación de la musculatura perineal tras la incisión a través del tiempo. Han visto que, desde el momento del parto hasta la segunda semana postparto, la incidencia de dispareunia es del 42%; a los tres meses, el 41% de mujeres siguen sintiendo dolor durante las relaciones sexuales; y a los 6 meses tras el parto, solo entre el 17 y el 33% de esas mujeres siguen padeciendo de dispareunia secundaria a una episiotomía (11,12,14).

En la mayoría de los casos la dispareunia se diagnostica preguntando a las mujeres: “¿tienen algún tipo de dolor durante las relaciones sexuales?”. El problema de esta patología es que está infradiagnosticada. En un estudio realizado por Alon et al. (13) se confirmó que, de las 72 mujeres que habían respondido que sí a la pregunta del dolor durante las relaciones, solo el 34,3% de ellas habían comentado sus síntomas a algún profesional. De ese porcentaje, solo el 28,3% recibieron un diagnóstico médico, pero ninguno de dispareunia. Ninguna mujer recibió ningún tipo de medicamento oral, analgesia local ni terapia. Es por esto por lo que, debido a una falta de diagnóstico las mujeres con dispareunia no han podido someterse a ningún tipo terapia ni tratamiento (13).

La dispareunia tiene un origen multifactorial que puede deberse a factores tanto físicos como psicológicos. Es por esto por lo que el tratamiento conservador de la dispareunia tiene que ir enfocado al diagnóstico de la causa de ésta, existiendo varios tratamientos sintomáticos entre los que podemos encontrarlos:

- Terapia sexual: consiste en tratar psicológicamente la educación o reeducación sexual de la persona que padece dispareunia (15).
- Lubricantes vaginales: pueden ser con base de agua o aceite ya que alivian la sequedad y el dolor a la inserción de cualquier objeto en la vagina (16).
- Diazepam: administrado tanto de forma oral como de forma vaginal ya que tiene efecto de relajante muscular (17).
- Otros tratamientos farmacológicos: como la gabapentina, pregabalina, antidepresivos tricíclicos y anticolinérgicos (15).
- Estrógenos locales: mejoran la atrofia vaginal, el prurito, aumenta el flujo sanguíneo vaginal y la lubricación (18).

Respecto al tratamiento de fisioterapia para la episiotomía en mujeres con dispareunia es importante tener un enfoque multidisciplinar donde el fisioterapeuta experto en el ámbito del suelo pélvico guíe y proponga un programa de rehabilitación acorde a la patología y necesidades de la mujer. En cuanto al tratamiento, se puede enfocar desde distintos puntos ya sea realizándose técnicas manuales, miofasciales, ejercicios de movilidad del suelo pélvico, ejercicios de Kegel o el uso de biofeedback o estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) (19).

- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea: este tratamiento se utilizará para provocar alivio del dolor y analgesia local de la zona donde se colocan los electrodos de superficie que durará hasta un día post-terapia ya que se consigue una inhibición de las fibras c. En cuanto a su uso, se programará con pulsos bifásicos, una modulación entre 10 y 50 hercios de frecuencia y 300/100/3000 microsegundos de

duración del pulso. La intensidad la irá modulando la mujer según la percepción que tenga y si tiene molestias o no, siendo importante que nunca haya dolor durante este tratamiento. Se utilizarán los TENS en sesiones de 30 minutos una vez por semana (12).

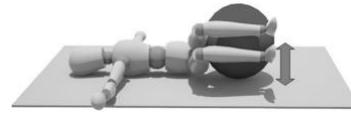
- **Ejercicios pélvicos:** consisten en ejercicios de movilidad pélvica, fortalecimiento, estiramiento y relajación de los músculos pélvicos mediante diferentes posturas y movimientos. Éstos se realizarán durante 60 minutos tres veces por semana (20).



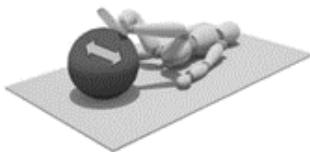
Coger aire por la nariz y soltar lentamente por la boca para activar la musculatura abdominal



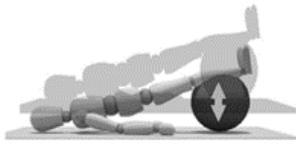
A la vez que exhalamos estiramos una pierna hasta el límite; a la que inhalamos volvemos a posición inicial (3 series 10 segundos cada una)



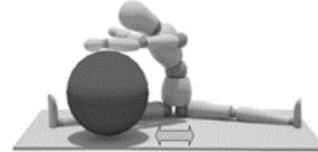
Exhala mientras dejas reposar el cuerpo en el suelo, nota las piernas al lado contrario de la bola. Mientras se inspira se mantiene la posición y cuando vuelves a exhalar vuelves a la posición de inicio (5 veces a cada lado)



Se parte de una posición con caderas dobladas y piernas sobre la pelota en posición de rana. A la vez que exhalamos, hacemos lentamente una disociación pélvica, manteniendo la contracción del abdomen (5 veces).



Exhalamos mientras levantamos la cadera hasta formar un puente. Mientras inhalamos mantenemos. Exhalamos y volvemos a posición inicial (5 veces)



Exhalamos mientras flexionamos la columna desde cabeza dejándonos rodar por la pelota desde nuestra mano izquierda al pie derecho. El otro brazo lo estiramos hacia detrás. Inhalamos mientras mantenemos la posición. Exhalamos y volvemos a posición inicial (5 veces cada lado).



Paciente se coloca en posición de sentadilla mientras realiza una contracción mantenida del suelo pélvico (contraer y relajar). 4 series de 10 contracciones



Realizar movimientos laterales en la pelota llevando la cadera de un lado a otro. 5 veces a cada lado



Paciente debe realizar movimientos hacia adelante y atrás de su coxis. 5 veces cada dirección.

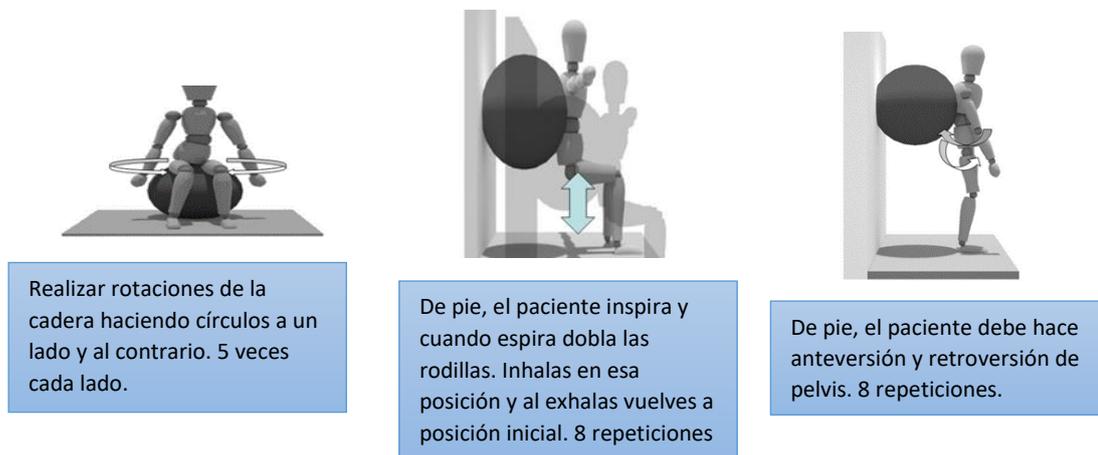


Imagen 1. Traducción al español de ejercicios de movilidad pélvica y estiramientos (20).

- Ejercicios de Kegel: realizar ejercicios de Kegel en el periodo postparto ayuda a las madres a que la herida de la cicatriz de la episiotomía cure mejor en un periodo de tiempo más corto y también disminuye el dolor perineal después del parto. Antes de comenzar a hacer los ejercicios se ayuda a la paciente a que identifique bien los músculos que tiene de usar. Para ello, se le pedirá a la paciente que, con las manos limpias se introduzca uno de sus dedos 2 cm en la vagina y palpe sus músculos, notando la presión cuando contrae la musculatura. Para que la paciente entienda mejor que contracción debe hacer, se le pide que simule la contracción que hace cuando corta el flujo de orina en mitad de la micción. En cuanto a la manera de realizar el ejercicio, la primera semana tras el parto se le pide a la paciente que haga una contracción de la musculatura durante 5 segundos y que la relaje los 5 segundos posteriores y repetir el proceso 5 veces. Este ejercicio lo realizará en 5 momentos distintos del día, por lo que al día hará 25 contracciones. Durante la segunda semana postparto se le pedirá a la madre que en vez de 5 repeticiones hiciera 10, llegando a realizar 50 contracciones al día, pero en este caso, el periodo de relajación será de 6 segundos (21).
- Biofeedback: se utiliza para mejorar la conciencia que tiene la mujer sobre su suelo pélvico y ayuda a la paciente a realizar mejor las contracciones del suelo pélvico. El fisioterapeuta enseña a través del biofeedback a la mujer que musculatura del suelo pélvico debe activar, cuanto y cuando (6).
- Técnicas manuales (19,22,23):
  - Aplicar una presión profunda perpendicular a la piel en el punto donde más dolor haya en la cicatriz mientras que simultáneamente, con la otra mano hacer una presión también profunda, paralela, en el punto que más dolor haya. Esta técnica se realiza durante dos minutos, o menos si notamos que el tejido se va soltando.

- Otra técnica de liberación directa de la cicatriz es que, con la punta de nuestros dedos los pasemos transversalmente sobre la cicatriz de manera enérgica y rítmica para mejorar las propiedades de deslizamiento de la cicatriz y la colocación del colágeno
- Técnicas miofasciales para mejorar la función del tejido fascial que se ha visto alterado como por ejemplo pasar nuestros dedos longitudinalmente a través de la cicatriz con una presión y velocidad constante para estimular la orientación de las fibras.
- Técnica de bombeo: poner nuestros dedos sobre la cicatriz y empujar rítmicamente hacia la cicatriz para liberar adherencias.

El tratamiento convencional de una episiotomía consistirá mayormente en medidas farmacéuticas recomendadas por su médico tras el parto.

Las lesiones en el perineo son secuelas muy comunes que aparecen tras el parto vaginal. Se ha demostrado que, una falta de cuidados e higiene de la herida en el periodo postparto puede ir asociado con un aumento de la morbilidad y el dolor a corto, medio y largo plazo. Algunos problemas que puede ocasionar la falta de cuidados de la episiotomía son dolor e incomodidad en el perineo, dispareunia y neuralgia. El proceso de curación de las heridas perineales se puede ver afectado por factores tanto fisiológicos como demográficos tales como una mala dieta, padecer obesidad, tabaquismo, problemas de sueño o estrés o no tener un buen acceso a una sanidad adecuada (24).

- o Crioterapia: técnica muy usada tras el parto que consiste en la aplicación de hielo en la zona. Normalmente se utiliza para aliviar el dolor pélvico a corto plazo ya que lo que hace es entumecer los tejidos blandos superficiales afectados y sus alrededores debido a que tiene acción local sobre las fibras nerviosas. Cuando se aplica hielo, ocurre una vasoconstricción en los tejidos, seguido de una vasodilatación que provoca un aumento de la circulación sanguínea, promoviendo así la curación del tejido. Aparte de reducir el dolor perineal, el hielo disminuye la hinchazón, el edema y los hematomas las primeras 48 horas tras el parto (25).
- o Analgésicos no opioides orales: tras el parto se sigue una jerarquía de tratamiento. El primer paso son las medidas no farmacológicas como el hielo. Si con eso no es suficiente se empieza con la medicación. Los medicamentos más pautados son el Paracetamol e ibuprofeno los cuales son analgésicos pautados para dolores leves o moderados. También puede mandarse aspirina, la cual se ha demostrado que, respecto al placebo, hay diferencias significativas en cuanto al dolor en mujeres que se hayan sometido a una episiotomía (25-27).

- Analgésicos opioides orales: si a pesar de toda la medicación la paciente sigue sintiendo dolor y ningún otro medicamento ha hecho efecto, se le pautarán analgésicos opioides. Se utiliza en dolores severos y en cortos periodos de tiempo (de 5 a 7 días) ya que pueden provocar bastantes efectos secundarios como la adicción o el estreñimiento. El medicamento más usado es el Paracetamol con codeína (24,25,27,28).
- Supositorios: los supositorios se han utilizado para que las madres al ir al baño no tuvieran que forzar la musculatura y someter a más presión a su suelo pélvico. Estudios recientes han demostrado que los supositorios rectales de diclofenaco u otros antiinflamatorios no esteroideos son bastante efectivos a la hora de aliviar el dolor perineal de las mujeres con episiotomía, llegando a provocar una analgesia de hasta 24 horas tras su aplicación (25,28).

En cuanto a los instrumentos que se utilizan habitualmente para valorar la patología de estudio son:

- a) **Escala Visual Analógica (EVA):** primero de todo se les preguntaba a las mujeres si tenían dolor en la zona de la episiotomía cuando mantenían relaciones sexuales. Si la respuesta era afirmativa, se usaba la escala EVA. Este test es una escala numérica que va desde el 0 al 10, siendo el 0 nada de dolor y 10 el máximo dolor que puedan tolerar. La mujer debe indicar con un número como es su dolor cuando mantiene relaciones sexuales (29).
- b) **Índice de la Función sexual Femenina (IFSF):** es un cuestionario que las mujeres realizan y que evalúa la sexualidad femenina. Este cuestionario se agrupa bajo 6 categorías distintas, siendo estas la satisfacción, lubricación, orgasmo, excitación, deseo sexual y dolor en las últimas 4 semanas. El test contiene 19 preguntas, y cada una de ellas tiene 5 posibles puntuaciones. A cada categoría se le asigna un número llamado dominio del factor. El resultado se obtendrá de sumar la puntuación de cada categoría y multiplicarlo por su dominio del factor. Al sumar la puntuación de cada categoría nos saldrá un número. Cuanta más baja la puntuación, peor función sexual tendrá la mujer. Una puntuación entre el 0 y el 15 significa que tiene una disfunción sexual severa; entre el 16 y el 25 disfunción sexual moderada; entre el 26 y el 35 disfunción sexual leve y si se tiene una puntuación mayor de 36 no hay presencia de disfunción sexual (30).
- c) **Cuestionario SF36:** este cuestionario sirve para tener una visión global del estado de salud de la persona y su calidad de vida. Consiste en 8 ítems (función física, rol físico,

dolor corporal, salud mental, vitalidad, función social, rol emocional y salud general) teniendo cada uno una puntuación. Se puntúa del 0 al 100, siendo 0 un estado de la calidad de vida muy mala y 100 una perfecta calidad de vida (6).

En un estudio realizado por Ghaderi et al. (19) quisieron ver como la rehabilitación del suelo pélvico afectaba a mujeres con dispareunia. Primero explica el origen multifactorial de la dispareunia, siendo uno de ellos la episiotomía, y cómo un fisioterapeuta experto en suelo pélvico debe utilizar diferentes técnicas (técnicas miofasciales, intravaginales, TENS, calor y frío) para realizar un tratamiento adecuado a las mujeres que padezcan dispareunia. Los autores realizan un ensayo clínico controlado aleatorizado en 64 mujeres diagnosticadas de dispareunia exclusivamente debido a problemas musculares por sus ginecólogos. Se divide a esas mujeres en dos grupos de 32 de manera aleatoria. El grupo experimental recibía tratamiento de fisioterapia una vez a la semana durante 3 meses, mientras que el grupo de control no recibió tratamiento y se quedó en lista de espera para éste. Al grupo experimental se le realiza un examen pélvico donde miden la fuerza de la musculatura con la escala Oxford, se mide su dolor con la escala EVA, y se les pasa el cuestionario IFSF para que lo rellenen. Una vez terminada la evaluación del suelo pélvico de las mujeres, comenzaba el tratamiento. Se les explicarían unos ejercicios que debían hacer todos los días excepto cuando estuviesen con la menstruación; en todas las sesiones se dedicarían 15-20 minutos a técnicas manuales intravaginales como miofascial o masaje profundo y se les colocaría el TENS 20-25 minutos con electrodos intravaginales a 110 Hz, 80 microsegundos de pulso y a la máxima intensidad tolerable. En cuanto a resultados, se volvió a examinar a las mujeres a los 3 meses de empezar su tratamiento de rehabilitación del suelo pélvico. La fuerza (medida con la escala de Oxford) y resistencia aumentaron considerablemente habiendo una diferencia en la fuerza de 2.01 en fuerza y 6.26 segundos en resistencia entre el grupo experimental y control. También se vio que había una diferencia de 51.05 respecto a los resultados del cuestionario IFSF entre ambos grupos. El dolor entre ambos grupos medido por la escala EVA se diferenciaba en 7 puntos después de haber realizado el tratamiento de fisioterapia. La conclusión final de este ensayo clínico fue que, a pesar de la falta de información por ser un tema infra tratado, las mujeres con dispareunia que se sometieron a la rehabilitación del suelo pélvico mejoraron su dolor pélvico, su función sexual, su fuerza en la musculatura pélvica y su resistencia considerablemente, y que, por lo tanto, es importante añadir desde un enfoque multidisciplinar el tratamiento de la dispareunia para la mejora de la calidad de vida de las pacientes que la padezcan.

Otro estudio realizado por Dionisi y Senatori (12) quiere comprobar el efecto de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea en mujeres que padecen dispareunia ocasionada por el daño perineal de la episiotomía. Al principio, se habla sobre como la dispareunia afecta al 42% de

las mujeres hasta 2 semanas postparto y esto se atribuye a la sensibilidad tras la episiotomía o la atrofia vaginal tras una bajada de estrógenos. A los 3 meses el índice de dispareunia sigue siendo del 41%, aunque tras 6 meses estos valores caen al 22%. Es por este gran porcentaje de mujeres con dispareunia que los autores deciden comprobar qué efecto tendría la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea sobre el dolor que sienten las mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía. Al estudio se presentan 45 mujeres con dispareunia secundaria ocasionada por la episiotomía. Tras hacer pruebas de imagen por ultrasonido en el examen pélvico se vio que el 44.5% de las mujeres sufrían laceraciones en el músculo contralateral en donde estaba la episiotomía. Para el tratamiento se les aplicaron a las 45 mujeres TENS con un protocolo concreto. Se realizarán 30 minutos cada semana con pulsos bifásicos; entre 10-50 Hz de frecuencia; 300/100/3000 microsegundos de duración del pulso y la intensidad la regularía cada mujer acorde a su percepción. Al tratamiento de TENS se le añade un programa de ejercicios pélvicos que consiste en hacer diariamente 15 minutos de contracciones y relajación de la musculatura pélvica por la mañana y 10 minutos por la noche. Todas las mujeres manifestaban dolor concretamente en la zona de la episiorrafia, el 70% de las mujeres presentaban puntos gatillo en los músculos glúteos y el 60% tenía dolor en la entrada de la vagina. Tras 10 sesiones de tratamiento con TENS y ejercicios el 84.5% de mujeres que realizaron la terapia mejoraron drásticamente su dolor (medido con la escala de dispareunia de Marianoff) y el 95% de las mujeres aseguraron que sus síntomas desaparecieron por completo según la escala EVA. Además, se observó que aunque entre el 22 y el 86% de las mujeres sufren dolor agudo tras el parto debido a la episiotomía, la dispareunia que causa puede llegar a durar años ya que la dolorosa cicatriz dificulta el encuentro sexual de la mujer. Este dolor a la penetración provoca que haya problemas tanto en la excitación, lubricación y erección y como respuesta induce a una contracción involuntaria de los músculos del periné, empeorando así la dispareunia. Este ciclo es difícil de diagnosticar por los profesionales haciendo la situación más compleja todavía y los tratamientos farmacológicos como los anestésicos locales no son siempre efectivos, por lo que se hace especial hincapié en la necesidad de seguir estudiando sobre este tema ya que, a pesar de ser una técnica muy estudiada, en el ámbito del suelo pélvico todavía no hay suficiente información. Es por esto que, la conclusión a la que han llegado los autores es que, debido a que la dispareunia asociada a las episiotomías tiene un origen más muscular que psicológico y al gran éxito que tuvo la aplicación de su tratamiento en su ensayo es muy recomendable seguir su protocolo ya que ninguna paciente padeció efectos secundarios. Se consiguió que los músculos estriados se relajaran, quitando tensión en la cicatriz y disminuyendo el dolor en las relaciones sexuales, mejorando su estado tanto físico como psicológico al ver que podían volver a tener una vida sexual plena.

Nethravathi et al (31) quiso averiguar si aplicando calor local mediante una lámpara de infrarrojos se curaría mejor la herida de la episiotomía. Los autores opinan que el dolor provocado por la episiotomía tras el parto parece ser algo universal y que a pesar de que los profesionales recomiendan mantener la zona seca y limpia y aplicar hielo, no es suficiente para conseguir un buen proceso de curación de la herida. Es por eso por lo que propusieron añadir a estos cuidados conservadores el uso de la lámpara de infrarrojos para comparar si ayudaba o no al progreso de cicatrización de la episiotomía. Se seleccionaron dos hospitales distintos y las madres con episiotomía medio lateral derecha o izquierda que acudieran a uno pertenecerían al grupo experimental y las que acudieran al otro serían el grupo control. Del grupo experimental en el cual participaban 231 mujeres, seleccionaban todos los días mediante un sistema de aleatorización simple a dos mujeres a las que realizaban un examen pélvico mediante la escala REEDA. Ambos grupos debían seguir los cuidados básicos de los que hemos hablado antes (higiene, zona seca, hielo) pero al grupo experimental le añadirían el tratamiento con lámpara infrarroja y todos los días a ambos grupos se les examinaba la herida. El grupo experimental consistía en 231 mujeres y el control en 233. En ambos grupos las madres tenían una mala categoría de la herida según la escala REEDA y partían más o menos de las mismas condiciones socio económicas y físicas antes del tratamiento. Al grupo experimental se le aplicó la lámpara de infrarrojos dos veces al día durante tres días y al cuarto se volvió a examinar a todas las participantes del estudio. Se vio que, las mujeres del grupo experimental habían curado la herida de la episiotomía más rápido, llegando a la conclusión de que aplicar calor a la episiotomía aumenta el flujo sanguíneo local, relaja los músculos tensos, ayuda en la curación del tejido dañado, reduciendo el enrojecimiento, edema, equimosis y alivia el dolor, ayudando así en la recuperación de las mujeres y evitando posibles complicaciones futuras por mala cicatrización.

White y Atchan (24) comparan las diferentes técnicas que se utilizan en el periodo postparto en las lesiones del perineo desde el momento después del parto hasta 6 meses después para ver la calidad de éstas. Los traumas perineales pueden causar desde dolor perineal e incomodidad, hasta dispareunia y neuralgias. En esta revisión narrativa crítica, se relacionan los ensayos clínicos de otros autores y se llega a una conclusión sobre qué métodos son más usados desde el momento del parto hasta 6 meses después hoy en día.

Según el estudio anterior, la vía más conocida y comúnmente usada como tratamiento después del parto son los fármacos para aliviar el dolor. Normalmente la analgesia oral tiene un efecto positivo en las pacientes respecto al placebo. Lo más común es recetar analgésicos no opioides ya que consigue aliviar el dolor a las 4 horas postparto, pero estos solo se mandan si no consiguen controlar el dolor únicamente con Paracetamol. A día de hoy, los estudios

solo se han centrado en las vías farmacológicas a corto plazo, pero no hay suficientes estudios que hablen de su eficacia a medio y largo plazo.

Respecto a la decisión sobre si es mejor suturar o no en lesiones perineales leves, tampoco se ha llegado a un acuerdo entre los profesionales ya que no han visto diferencias significativas entre las mujeres a las que suturan y a las que no. El Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) defiende suturar todos los desgarros de primer y segundo grado, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomiendan el juicio clínico y opinan que deben realizarse más estudios sobre la satisfacción de las mujeres a las que han suturado el perineo a largo plazo.

En cuanto a la crioterapia usada después del parto, se ha llegado a la conclusión de que es una herramienta muy útil en las primeras fases del postparto para reducir el dolor de las mujeres y ayudar en su comodidad. También se ha demostrado que reduce el edema y la respuesta inflamatoria al igual que suprime la estimulación de los extremos nerviosos. A pesar de haberse demostrado que es una herramienta que es muy útil, todavía hay que investigar este campo ya que no se llega a un consenso sobre que material es mejor usar o los tiempos que hay que aplicar el hielo.

También se habla sobre la prevención de infecciones mediante el uso de antibióticos de forma rutinaria. A pesar de ser algo que lleva recetándose muchos años, cada vez su uso preventivo está disminuyendo ya que los investigadores no ven beneficios en su uso.

Por último, se mencionan los tratamientos de fisioterapia. Se habla sobre como los entrenamientos de la musculatura pélvica, biofeedback y electroestimulación tienen poca evidencia científica. Explican que esto no significa que los tratamientos no sean efectivos, sino que todavía queda mucho por explorar sobre su frecuencia, intensidad y duración y no hay estudios suficientes para asegurar la calidad absoluta de este tipo de terapias en el suelo pélvico.

La conclusión general es que la mayoría de los tratamientos excepto la fisioterapia, se centran única y exclusivamente en la fase aguda del postparto y que casi ningún autor indaga en las consecuencias más a largo plazo y su tratamiento, por lo que hay una falta de investigación en este ámbito.

Es por lo explicado anteriormente que queda justificado el porqué de este estudio. El suelo pélvico es un campo todavía poco estudiado, y más si nos focalizamos en la calidad de las relaciones sexuales de las mujeres y su calidad de vida. Hoy en día, como se ha comprobado, la dispareunia está infradiagnosticada, lo que nos lleva a una falta de cuidados y tratamiento.

Se debe estudiar más sobre este tema para que se pueda abordar desde un enfoque multidisciplinar para que las mujeres reciban el mejor de los cuidados.

## 2. Evaluación de la evidencia

### 2.1. Estrategia de búsqueda

Las búsquedas llevadas a cabo se hicieron en las bases de datos de PUBMED y EBSCO (utilizando las bases de datos Acedemic Search Complete, E-Journals, CINAHL Complete y MEDLINE Complete), al igual que se encontró información en distintos artículos libres y libros utilizando los términos que se enseñan en la siguiente tabla:

<b>TÉRMINO LIBRE</b>	<b>MeSH</b>	<b>DeCS</b>
Physical therapy	Physical therapy modality Physical therapy Speciality	Physical therapy modality Physical therapy Speciality
Episiotomy	Episiotomy	Episiotomy
Dyspareunia	Dyspareunia	Dyspareunia
Quality of life	Quality of life	Quality of life
Sexual dysfunction	Sexual dysfunctions, physiological	
Therapy	Therapeutics	
Postpartum	Postpartum Period	Postpartum Period
Pelvic floor disorders	Pelvic floor disorders	Pelvic Floor Disorders
Postnatal	Postnatal Care	Postnatal Care
Perineal wound care		
Scar	Cicatriz	Cicatriz
Manual therapy		
Drug therapy	Drug therapy	
Antidepressant	Antidepressive Agents	Antidepressive Agents
Muscle relaxants	Muscle Relaxants, Central	
Estrogen	Estrogen Replacement Therapy	Estrogens
Lubricants	Lubricants	Lubricants

Tabla 3. Términos utilizados en las búsquedas. Elaboración propia

### 2.1.1. Pubmed

Para realizar búsquedas en PUBMED, se utilizó los términos MeSH que fueron combinándose unos con otros usando los booleanos AND o OR y se pusieron los filtros más convenientes para una búsqueda óptima (ensayos clínicos y limitación de fecha a los últimos 5 años) hasta encontrar la búsqueda de artículos mostrada en la tabla 4 (Anexo 1):

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>ARTÍCULO ENCONTRADOS</b>	<b>ARTÍCULOS UTILIZADOS</b>
((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])) AND ("Dyspareunia"[Mesh]))	4	1
((("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])) AND ("Quality of Life"[Mesh]))	6	0
("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh]) Filters: from 2017-2023	20	7
("Episiotomy"[Mesh] AND ("Dyspareunia"[Mesh]) Filters from 2017-2023	14	0
("Episiotomy"[Mesh]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) Filters: from 2017-2023	16	0
((("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])) AND ("Therapeutics"[Mesh]))	15	1
((("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Postpartum	12	1

Period"[Mesh]) AND ("Therapeutics"[Mesh])		
((("Pelvic Floor Disorders"[Mesh]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh])) AND ("Postpartum Period"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh]))	1	1
((("Postnatal Care"[Mesh]) AND ("Postpartum Period"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh]))	2	1
((("Drug Therapy"[Mesh]) AND ("Postpartum Period"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh]))	10	2
("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Antidepressive Agents"[Mesh])	12	1
("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Muscle Relaxants, Central"[Mesh])	3	1
("Estrogen Replacement Therapy"[Mesh]) AND ("Dyspareunia"[Mesh])	78	1
("Lubricants"[Mesh]) AND ("Dyspareunia"[Mesh])	26	1
TOTAL	219	18

Tabla 4. Búsquedas en Pubmed. Elaboración propia

### 2.1.2. Ebsco

En la base de datos Ebsco se seleccionaron las bases de datos de Academic Search Complete, Cinahl complete, Medline Complete y E-Journals. Para realizar las búsquedas se utilizaron los términos DeCS que se mezclaron utilizando distintos booleanos (OR y AND) y filtros (ensayos clínicos y artículos publicados en los últimos 5 años) mostrada en la tabla 5 (Anexo 2):

ESTRATEGIA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS USADOS
Episiotomy AND perineal wound care	16	1
Manual Therapy AND cicatrix Limitado desde 2017 al 2022	33	2
Postpartum care AND perineal wound care	13	1
Episiotomy AND dyspareunia AND Quality of life Limitado desde 2017 al 2022	15	0
<b>TOTALES</b>	<b>77</b>	<b>4</b>

Tabla 5. Búsquedas en Ebsco. Elaboración propia

### 2.1.3. Búsquedas manuales y libros

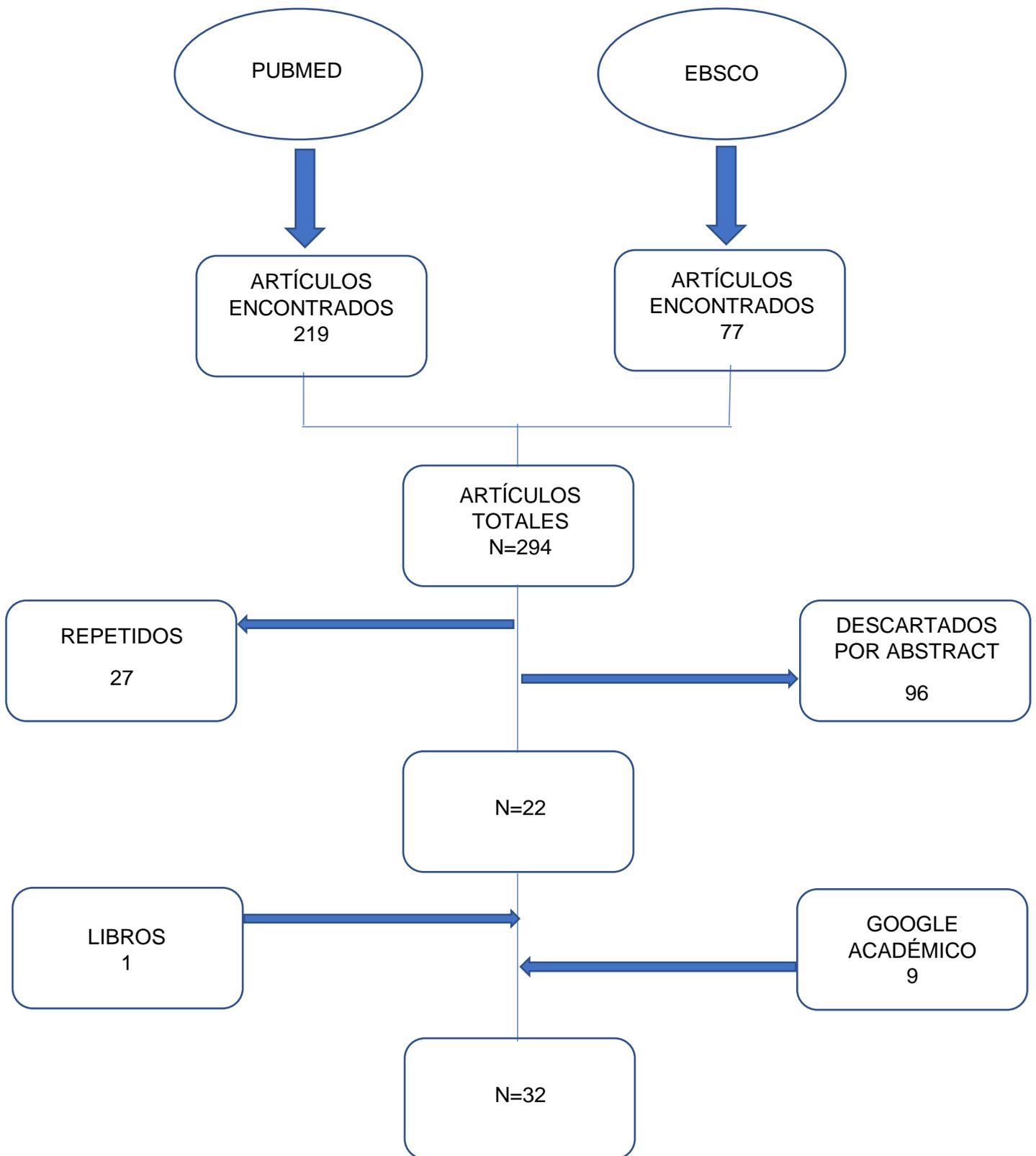
En cuanto a búsquedas manuales se utilizó Google Académico y se buscó en las bibliografías de otros ensayos clínicos los artículos que más aportaban al estudio.

<b>ARTÍCULOS LIBRES</b>	9
<b>LIBROS</b>	1

Tabla 6. Búsquedas libres. Elaboración propia

Por lo que, en total, entre búsquedas en PUBMED (18 artículos usados), EBSCO (4 artículos usados), 9 artículos libres y 1 libro, hasta este punto del estudio se han utilizado 32 referencias.

## 2. 2. Flujoograma



### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Evaluar la eficacia de la inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento convencional en mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a no incluirlo.

#### **3.2. Objetivos específicos**

a. Valorar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento conservador en mujeres con dispareunia postepisiotomía es más efectiva que no incluirlo en la variación del dolor medido con la escala EVA.

b. Valorar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento conservador en mujeres con dispareunia postepisiotomía es más efectiva que no incluirlo en la variación función sexual de la mujer medido con el cuestionario IFSF.

c. Valorar si la inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento conservador en mujeres con dispareunia postepisiotomía es más efectiva que no incluirlo en la variación de la calidad de vida medido con el cuestionario SF36.

#### **4. Hipótesis conceptual**

La inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento conservador en mujeres con dispareunia postepisiotomía es más efectiva que no incluirlo respecto al dolor, la función sexual, y la calidad de vida de la mujer medido con la escala EVA, el cuestionario IFSF y el cuestionario SF36 respectivamente.

## 5. Metodología

### 5.1. Diseño

El proyecto que se va a llevar a cabo va a ser un estudio analítico debido a que vamos a buscar una relación entre un factor (el tratamiento aplicado en este caso) con un resultado; experimental debido a que vamos a tener dos grupos, uno experimental y otro control, a los que vamos a aplicar un tratamiento distinto y seguir su evolución en el tiempo para ver si hay cambios significativos entre ambos según el tratamiento que les hayan aplicado; longitudinal porque el estudio se va a hacer en un periodo de tiempo prolongado para poder medir todas las variables y prospectivo ya que los datos se van recogiendo a medida que suceden, una vez aplicado el tratamiento.

Al ser un estudio analítico se realiza una aleatorización de los pacientes para asignarlos tanto al grupo control (GC) o al grupo experimental (GE). Una vez hecho esto, los sujetos que se vayan presentando deberán cumplir los criterios impuestos. El proceso de aleatorización se realizará mediante un sistema de números aleatorios por lo que nuestro proyecto se convierte en un diseño experimental puro, concretamente un ensayo clínico aleatorio (ECA). Antes de que lleguen las pacientes al estudio, se hará una asignación aleatoria con un programa de generador automático de números según el número de participantes que se ha calculado. La primera mitad pertenecerán al GE (al cual se le realizará el mismo tratamiento convencional de la dispareunia más un tratamiento más específico de suelo pélvico para la dispareunia teniendo en cuenta la cicatriz de la episiotomía) y la segunda mitad al GC (donde a las mujeres se les realizará el tratamiento convencional de la dispareunia). Como nuestras participantes no vendrán todas a la vez, si no que irán viniendo en momentos distintos según hayan ido acudiendo al médico y hayan sido informadas de que hay un proyecto en el que pueden participar, a medida que las participantes lleguen al estudio, se les asignará un número de identificación e irán al GE o GC control según la aleatorización que se hizo previa al estudio. Por ejemplo, si en el sistema de aleatorización simple sale que la persona 4, 12 y 21 pertenecen al GE, a las mujeres que lleguen en ese puesto según vayan viniendo se les asignará un número de identificación y pertenecerán al GE.

De esta manera, queremos investigar si, introduciendo el tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico más específico para la dispareunia en relación con la episiotomía, al tratamiento conservador la dispareunia tras el parto, conseguimos una mejora tanto en el dolor y calidad de vida, al igual que mejorar la calidad de sus relaciones sexuales.

En cuanto a los ECA, suelen utilizarse técnicas de enmascaramiento, en nuestro caso se cegará únicamente al analista de los datos. No podemos cegar a los participantes del estudio ya que se les ha pedido que firmen un consentimiento informado y se les ha proporcionado una hoja con toda la información del tratamiento, como y cuando se realizará. Es por eso por lo que cegamos únicamente al analista de los datos, para que no sepa que datos recogemos de nuestro estudio.

Para realizar nuestro proyecto debemos tener en cuenta ciertos aspectos éticos que deben de seguirse para poder continuar con la investigación, comprometiéndose a respetar la Declaración de Helsinki de 1964 por la Asamblea Médica Mundial con la finalidad de regular la ética en el ámbito de la investigación clínica. Por otro lado, se proporcionará la solicitud al Comité Ético de Investigación clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ramón y Cajal. (Anexo 3). También se respetarán las leyes de protección al sujeto (Ley de Investigación Biomédica 14/2007 del 3 de julio) y las Normas de Buena Práctica Clínica (RD 223/2004).

Los participantes de nuestro estudio recibirán una hoja de información al paciente (HIP) donde se les explicará detalladamente la forma en la que se realiza el proyecto, los objetivos de éste, los tratamientos que se van a llevar a cabo y de qué manera, los posibles riesgos y beneficios de las técnicas empleadas y sus contraindicaciones (Anexo 4) para que en todo momento sean conscientes de lo que se les está realizando. Por otro lado, es necesario que las participantes firmen un consentimiento informado (CI) que nosotros les proporcionaremos donde afirman que han sido informadas en todo momento de la metodología del estudio y que consienten participar en el proyecto siendo sujetos de estudio (Anexo 5).

También se informará de que sus datos serán protegidos y habrá una anonimización de ellos debido a la Ley Orgánica de 3/18 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Habrá dos bases de datos donde en una aparecerán todos los datos personales de la participante (a los cuales solo tendrá acceso el investigador principal) y otra que contendrá los códigos de identificación sin ningún dato personal.

El paciente es informado tanto en la HIP (Anexo 4) como en el CI (Anexo 5) de que en todo momento es libre de abandonar el estudio y de retirar su consentimiento a participar en cualquier instante del proceso.

## **5.2. Sujetos de estudio**

### **Población diana:**

Mujeres que tengan dispareunia postepisiotomía.

### **Población de estudio:**

Mujeres que hayan sido diagnosticadas de dispareunia postepisiotomía en los hospitales públicos de Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital La Paz, Hospital Universitario Ramón y Cajal y Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Las mujeres derivadas de estos hospitales deben cumplir los siguientes criterios de selección:

### **Criterios de inclusión:**

- Hayan sido diagnosticadas de dispareunia por un profesional sanitario.
- Mujeres a las que se les realizó episiotomía en su último parto.
- Mujeres que siguieron tratamiento conservador de la episiotomía pautado por su ginecólogo.
- Padezcan dolor antes, durante o después del acto sexual.
- Lleven teniendo dolor en las relaciones sexuales al menos 5 meses después del parto.

### **Criterios de exclusión:**

- Embarazadas
- Hayan realizado tratamiento de fisioterapia antes por esta causa.
- Tuvieran dolor en las relaciones sexuales antes el parto.
- Padezcan de infecciones.
- Hayan sido intervenidas quirúrgicamente del suelo pélvico (excepto episiotomía)
- Enfermedades como vaginismo, problemas dermatológicos vulvares, cistitis, endometriosis.
- Procesos oncológicos pélvicos.
- Cistoceles, rectoceles, histeroceles y prolapsos de la cúpula vaginal.

-Partos en los que se utilizaran fórceps.

-Que su dispareunia tenga causa psicológica.

-Alergias a algún medicamento o componentes que usemos durante los tratamientos.

Se seguirá un sistema de muestreo no probabilístico consecutivo, donde los sujetos del estudio se seleccionarán según se vayan diagnosticando y cumpliendo los criterios de selección explicados previamente.

La aleatorización de los grupos se realizará mediante una aplicación de generación de números aleatorios donde se asigna a la mujer a cada grupo según el puesto en el que lleguen. La primera mitad de números aleatorios pertenecerá al GE. Es decir, que si en la asignación de números aleatorios sale que la persona que llegue en cuarto, séptimo y octavo lugar pertenecerán al GE, según vayan llegando las mujeres se les asignará un número de identificación y se verá a qué grupo corresponde según su orden de llegada. Una vez estén dentro del estudio se meterá en una hoja de Microsoft Excel sus datos personales a los que solo tiene acceso el Investigador principal y en otra hoja de Microsoft Excel su número de identificación que será el que se utilice durante todo el proyecto.

Pero para ello, primero debemos saber cuántos sujetos necesitaremos para poder realizar el estudio y de cuántas personas será cada grupo que hemos propuesto. Para ello realizaremos un cálculo muestral según la siguiente fórmula:

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

Siendo:

- K: parámetro dependiente del nivel de significación ( $\alpha$ ) y la potencia estadística ( $1-\beta$ )
- SD: desviación típica
- d: precisión

Para este estudio, usaremos un **nivel de significación  $\alpha$**  del 0.05. Esto significa que se está dispuesto a aceptar una probabilidad del 5% de equivocarnos al rechazar nuestra hipótesis nula.

Por otro lado, la **potencia estadística (1-β)** es la probabilidad de que rechacemos la hipótesis nula cuando ésta es falsa. Normalmente, por consenso se utiliza una potencia estadística de 0,80, lo que significa que la probabilidad de que se detecte una diferencia en una determinada magnitud es del 80%.

Para calcular la variable k de nuestra fórmula, teniendo en cuenta que los valores de significación α y de potencia estadística (1-β) son de 5% y 80% respectivamente, para nuestro proyecto utilizaremos la siguiente tabla para calcularla:

PODER ESTADÍSTICO (1-β)	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

Tabla 7. Nivel de significación y poder estadístico para el cálculo de la variable k. Elaboración propia

Teniendo en cuenta que, como hemos dicho anteriormente nuestro nivel de significación (α) es del 5% y nuestro poder estadístico (1-β) del 80%, según la tabla nuestra variable k será 7,8.

Para realizar el tamaño muestral de nuestro proyecto se ha seguido el artículo de Nevin Citak et al. (32), donde hemos medido todas las variables para calcular el tamaño de nuestra muestra, pero finalmente hemos elegido la variable de función sexual femenina utilizando la escala IFSF ya que nos da el tamaño máximo. En éste, la desviación típica es de 5,37 del grupo experimental y la precisión (la diferencia post-pre) es de 4,83.

$$N = \frac{2 (7,8) \times (5,37)^2}{4,83^2}$$

Al hacer la operación, N da 19,2831. Debemos tener en cuenta el 15% de pérdidas que puede haber durante el proceso. El 15% de N es 1,92, que al sumárselo da un total de 21,2. Es decir, en cada grupo debe haber 22 personas, por lo que nuestro tamaño muestral será de 44 participantes en total las que participarán en nuestro estudio.

### 5.3. Variables

VARIABLE	TIPO	UNIDAD DE MEDIDA	FORMA DE MEDIDA
Dolor	Dependiente  Cuantitativa  Discreta	Del 0 al 10	Escala Visual Analógica (EVA)
Función sexual femenina	Dependiente  Cuantitativa  Discreta	Del 0 al 36	Cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)
Calidad de vida	Dependiente  Cuantitativa  Contínua	Del 0 al 100	Cuestionario SF36
Momento de medición	Independiente  Cualitativa  Nominal  Dicotómica		Pretratamiento=0  Postratamiento=1
Tipo de tratamiento	Independiente  Cualitativa  Nominal  Dicotómica		Grupo control=0  Grupo experimental=1

Tabla 8 Variables. Elaboración propia.

**-Dolor:** utilizaremos la Escala Analógica Visual (Anexo 6) para cuantificar el dolor de las mujeres tras preguntar si tienen dolor cuando mantienen relaciones sexuales. En caso de la respuesta ser afirmativa, las mujeres indicarán del 0 al 10 como de intenso es su dolor siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor que hayan experimentado. Esta escala la rellenarán tanto el grupo control como experimental en la valoración inicial que se realizará a todas las participantes antes de comenzar con el tratamiento, y después se les pedirá que la vuelvan a rellenar una vez finalizado el estudio para comparar los cambios en el dolor antes y después de aplicar a cada grupo su tratamiento. Le pediremos a las mujeres que cada vez que mantengan relaciones sexuales durante el siguiente mes las puntúen del 0 al 10 y después hagan una media de todos esos valores. La media es la que utilizaremos como dato de la escala EVA (Anexo 6).

**-Función sexual femenina:** se pedirá a todas las mujeres participantes de este estudio que rellenen el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina (Anexo 7) durante la valoración inicial y después otra vez en la valoración final, una vez terminado el tratamiento. Este cuestionario es para evaluar la función sexual de la mujer. Se agrupa bajo 6 categorías distintas (satisfacción, lubricación, orgasmo, excitación, deseo sexual y dolor en las últimas semanas. Son 19 preguntas en total y cada una de ellas 5 posibles respuestas. A cada respuesta se le asigna una puntuación y al final se suman las de todas las preguntas. Según el total que saques indicará el grado de disfunción sexual que se padece.

**-Calidad de vida:** se pedirá a las pacientes que completen el cuestionario SF36 (Anexo 8) para evaluar la calidad de vida antes y después de realizar el tratamiento para ver si ha habido mejoras en su calidad de vida. Contiene 8 items (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, vitalidad, función social, rol emocional y salud general). Se le asigna una puntuación a cada respuesta y después se recodifican los datos, haciendo una suma de éstos y dando su solución en porcentaje. Ese resultado será el que nos de la información sobre el estado de la calidad de vida de la persona.

#### 5.4. Hipótesis operativa

- Dolor:

-Hipótesis nula ( $H_0$ ): no existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento convencional en las mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a aplicar el tratamiento convencional de la dispareunia junto al tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico a esas mujeres en la variación del dolor medido con la escala EVA.

-Hipótesis alternativa ( $H_a$ ): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento convencional en las mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a aplicar el tratamiento convencional de la dispareunia junto al tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico a esas mujeres en la variación del dolor medido con la escala EVA.

- Función sexual femenina:

-Hipótesis nula ( $H_0$ ): no existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento convencional en las mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a aplicar el tratamiento convencional de la dispareunia junto al tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico a esas mujeres en la variación de la función sexual femenina medido con el Índice de la Función Sexual Femenina.

-Hipótesis alternativa ( $H_a$ ): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento convencional en las mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a aplicar el tratamiento convencional de la dispareunia junto al tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico a esas mujeres en la variación de la función sexual femenina medido con el Índice de la Función Sexual Femenina.

- Calidad de vida:

-Hipótesis nula ( $H_0$ ): no existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento convencional en las mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a aplicar el tratamiento convencional de la dispareunia junto al tratamiento de fisioterapia de suelo pélvico a esas mujeres en la variación de la calidad de vida medido con el cuestionario SF36.

-Hipótesis alternativa ( $H_a$ ): existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación del tratamiento convencional en las mujeres con dispareunia postepisiotomía frente a aplicar el tratamiento convencional de la dispareunia junto al tratamiento de fisioterapia de

suelo pélvico a esas mujeres en la variación de la calidad de vida medido con el cuestionario SF36.

## **5.5. Recogida, análisis de datos y contraste de hipótesis**

Los pacientes que hayan sido seleccionadas para el estudio tras pasar los criterios impuestos para poder formar parte del proyecto se dirigirán al Hospital Universitario Ramón y Cajal para comenzar con la inscripción en el estudio. Aquí deben rellenar el consentimiento informado (Anexo 5) y una hoja con sus datos personales (Anexo 9). Una vez que hayan terminado este proceso, a cada participante se le asignará un número de identificación, el cual se asociará a su persona y datos personales para la protección de datos del paciente. La única persona que puede tener acceso a éstos (nombre completo, residencia...) será el investigador principal del proyecto. Por otro lado, se les entregará una hoja con su número de identificación donde el investigador irá apuntando los datos que vaya recogiendo a lo largo de las exploraciones tanto inicial como final y la evolución de las variables pre y post tratamiento (Anexo 10) donde vendrá explicado el procedimiento de cada grupo paso a paso, los tratamientos que se aplicarán, las contraindicaciones...

Previamente, al calcular cuantos sujetos se necesitarán para nuestro estudio los meteremos en una hoja de Microsoft Excel 365. Con una aplicación de generador de números aleatorios sacaremos la mitad de los números de nuestra muestra de forma aleatoria. Esta mitad pertenecerá al GE y la mitad restante al GC. A medida que vayan llegando las participantes, se les asignará su número de identificación y se meterán sus datos personales al igual que su número de identificación en la aplicación IBM® SPSS® Statistics versión 28 para realizar el análisis de los datos que vayamos recogiendo.

Se realizará un análisis por intención a tratar (AIT) de los datos que vamos a utilizar para comparar la efectividad de los tratamientos que vamos a aplicar. En un AIT se respeta la asignación aleatoria que se hizo al principio para dividir a los sujetos entre GC y GE. También de esta manera se evitan los problemas que surjan por pérdidas o abandonos de los participantes a lo largo del ensayo ya que mantiene el balance de estas posibles variables. Se decide utilizar este método de análisis porque, al ser la elección de manera aleatoria se aproxima más a la realidad de la práctica clínica.

Se van a realizar dos tipos de análisis estadístico, el análisis descriptivo y el inferencial. El análisis descriptivo consiste en analizar las variables cualitativas mediante su frecuencia absoluta, su frecuencia relativa y el porcentaje de ambas, que podemos acompañar de sus gráficas correspondientes al tipo de variable, en este caso diagramas de sectores.

Por otro lado, también podemos hacer un análisis de los datos de las variables cuantitativas. Podemos realizar medidas de tendencia central como son la media, la mediana y la moda. Podemos buscar las medidas de dispersión (como el rango y la desviación típica), las medidas de posición (percentiles, cuartiles...) y las medidas de la forma (asimetría, curtosis) y las gráficas según el tipo de variable que sea (mediante histogramas y/o diagramas de cajas y bigotes). De esta manera podemos comparar de forma objetiva los datos de unas variables respecto a otras de la población que estamos estudiando.

Una vez tengamos el análisis descriptivo comenzaremos con el análisis inferencial. En éste lo que hacemos es contrastar las hipótesis bilaterales explicadas en las hipótesis operativas. Una vez estemos dentro del programa SPSS con nuestros datos ya metidos, tendremos que crear una nueva variable a la que llamaremos "Diferencia pre-post" y lo conseguiremos restando cada variable pre (dependiente) de su variable post correspondiente (dolor, función sexual femenina y calidad de vida), ambas siendo muestras independientes.

Lo primero que tenemos que hacer una vez tengamos nuestra nueva variable "Diferencia pre-post" es ver si se distribuye de manera normal realizando la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene, que sirve para saber si hay homogeneidad entre las varianzas. Si ambos test nos dan un valor superior a 0.05 es porque se supondrá la normalidad en nuestra muestra y que hay homogeneidad de varianzas, por lo que habría que realizar una T student para muestras independientes para analizar nuestros datos. Si en la t student para muestras independientes la significación es mayor de 0.05, aceptamos la hipótesis nula que dice que no existen diferencias significativas entre las medias, pero si el resultado de la significación hubiese sido menor o igual, rechazaríamos la hipótesis nula y nos quedaríamos con la hipótesis alternativa que dice que sí que hay diferencias significativas entre las medias.

Si los valores en la prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas hubiesen sido menores de 0.05, tendríamos que analizar nuestros datos mediante la prueba no paramétrica, en este caso una U de Mann-Whitney. Si la significación en esta prueba sale mayor de 0.05 aceptamos la hipótesis nula que nos dice que no hay diferencias significativas entre las medias. Por el contrario, si en la significación sale un valor menor o igual a 0.05, aceptamos la hipótesis alternativa que dice que sí hay diferencias significativas entre las medias.

## 5.6. Límites del estudio

A pesar de ser la dispareunia una enfermedad tan común en mujeres y la episiotomía una de sus causas más frecuentes, el diagnóstico de ésta es algo complejo. Muchas mujeres han dado por hecho que el dolor en las relaciones sexuales tras el parto es algo “normal” y que es algo que desaparecerá con el tiempo. Pocas mujeres han sido educadas en que esta idea es equivocada y que deben acudir a su médico para que analice esta situación. Es por esto por lo que la dispareunia es una enfermedad infradiagnosticada. Esto podría dificultar la participación de las participantes.

Por otro lado, en nuestra sociedad la sexualidad femenina es algo que hoy en día, no está muy estudiado y al no existir protocolos de actuación y de diagnóstico, muchos profesionales sanitarios no saben cómo abordar el tema por falta de información. Cada médico sigue sus criterios en base a sus conocimientos y aplica el tratamiento conservador que consideren que es mejor, pero al no haber un consenso general en cuanto a esta enfermedad, son las mujeres quienes acaban sufriendo las consecuencias y recibiendo un tratamiento que no es el adecuado. El médico de las participantes del estudio pautará según lo recomendado por el investigador principal el tratamiento habitual de la dispareunia según la evidencia científica.

En cuanto a los estudios ya publicados, son muy pocos los que hablan sobre un contenido tan específico y su abordaje en todos sus ámbitos sanitarios. Muchos de los ensayos no son concluyentes y no se han preestablecido unos protocolos sobre su tratamiento. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva para proponer el tratamiento más adecuado para el grupo experimental.

Es por todo esto lo mencionado anteriormente que desarrollar el proyecto ha sido complicado ya que a pesar de la extensa búsqueda bibliográfica todavía quedaban aspectos sin cubrir por falta de información y contrastarla ha sido una tarea compleja.

## 5.7. Equipo investigador

Para seleccionar al equipo que va a llevar a cabo la investigación propuesta necesitamos como requisito que cada uno de ellos tengan una experiencia mínima de 5 años de experiencia ya sea profesional o en el ámbito de la investigación y que se ofrezcan a participar en el estudio. Teniendo en cuenta esto, nuestro equipo estará compuesto por:

- Investigador principal: Beatriz García Redondo López. Graduada en Fisioterapia.
- Fisioterapeutas encargados de llevar a cabo el tratamiento: 1 fisioterapeuta con Máster oficial en Suelo Pélvico que lleve como mínimo 5 años tratando patologías de suelo pélvico, sobre todo en las relacionadas con las relaciones sexuales y tenga alguna formación en ello.
- Analista de los datos: graduado en fisioterapia que posea un doctorado y que se haya especializado en el análisis de los datos de investigación en el ámbito de la fisioterapia.
- Médicos ginecólogos: médico especializado en el ámbito de la ginecología que será responsable de pautar el tratamiento médico que se utilizará como tratamiento convencional de la dispareunia.
- Médicos ginecólogos colaboradores: trabajadores de nuestros hospitales de referencia que nos derivan a sus pacientes que cumplen nuestros criterios para el estudio.
- Psicólogo: especializado en sexología.

## **6. Plan de trabajo**

### **6.1. Diseño de la intervención**

El Investigador principal decide realizar un estudio analítico, longitudinal, y prospectivo. Una vez tenemos la idea de cómo va a ser el proyecto empezamos a hacer una búsqueda exhaustiva de artículos y comienza su redacción, que durará 9 meses (desde septiembre de 2022 hasta mayo de 2023). Una vez termine y tengamos claro cómo vamos a llevar a cabo nuestra investigación, redactaremos y solicitaremos la aprobación de la solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica (Anexo 3) del hospital donde vayamos a hacer el estudio, en nuestro caso el Hospital Universitario Ramón y Cajal para poder utilizar sus instalaciones. Este proceso durará un mes (de junio de 2023 a julio de 2023).

Una vez nuestra solicitud sea aprobada, comenzaremos a buscar el equipo que va a formar parte de la investigación. Cuando tengamos ya a todos los investigadores que vayan a colaborar en nuestro proyecto, se les explicará como que se quiere llevar a cabo la investigación, el tratamiento que se le hará a cada grupo, la manera de recoger los datos y la responsabilidad de cada integrante del equipo. Se estima que el tiempo de esta parte del proyecto durará un mes, desde julio a agosto del 2023.

A partir de este momento, se enviará un correo electrónico a todas las unidades de ginecología de los hospitales 12 de Octubre, La Paz, Ramón y Cajal y Gregorio Marañón, explicándoles el proyecto y solicitando que deriven a las pacientes que cumplan nuestros criterios. Se les entregará nuestro correo electrónico para que las interesadas puedan ponerse en contacto con nosotros. Nuestras participantes no vendrán todas a la vez, sino que irán acudiendo al proyecto según vayan a sus médicos y les informen de la existencia de nuestro proyecto, por lo que la recogida de la muestra será desde septiembre del 2023 hasta que finalicemos nuestra muestra.

A todas las mujeres que hayan cumplido los criterios que hemos impuesto y se pongan en contacto con nosotros, se les enviará una hoja por correo electrónico con la idea general del proyecto y los objetivos que queremos cumplir. Si después de leerlo detenidamente las mujeres quieren seguir adelante y continuar con el proyecto, se les concederá una primera entrevista con el Investigador Principal, desde septiembre hasta que finalice la muestra, donde se les proporcionará la hoja de información al paciente (Anexo 4) con información más detallada del proceso, se les pedirá que firme el consentimiento informado (Anexo 5) y que rellenen sus datos personales (Anexo 9). Se seguirá un sistema de muestreo probabilístico consecutivo, donde los sujetos del estudio se seleccionarán acorde cumplan o no los criterios

impuestos. Como se ha explicado anteriormente, el Investigador Principal habrá creado una hoja de Microsoft Excel antes de entrevistar a ninguna participante donde habrá asignado mediante una aplicación de generador de números aleatorios la mitad de los números de la muestra. Esta primera mitad de números aleatorios serán las personas a las que se deriven al GE, y la mitad restante al GC. A medida que las participantes van entrando en nuestro estudio, según el puesto de llegada que tengan, el cual habrá sido previamente aleatorizado, la paciente irá a un grupo u otro. Se le asignará a la paciente un número de identificación que solo el Investigador Principal sabrá a quien pertenece. En una hoja del Excel estarán todos los números de identificación junto a los datos que obtengamos en el estudio, y en otra hoja los datos personales de cada mujer y a qué número de identificación corresponden.

En esta entrevista con el investigador principal, les explicará a qué grupo pertenecen y se les hará una primera anamnesis. En la anamnesis se les pasará una escala EVA (Anexo 6) y se les pedirá que en cada relación que tengan en este próximo mes, le pongan una puntuación al dolor, siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor que hayan experimentado nunca. De todas esas veces se hará una media que será el valor que tengamos en cuenta en la escala EVA (Anexo 6). Por otro lado, se le hará rellenar el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina (Anexo 7), donde según el resultado cuantificable que salga tendremos un índice u otro de disfunción sexual. Por último, valoraremos su estado general de calidad de vida durante el próximo mes con el cuestionario SF36 (Anexo 8), el cual nos da también un número cuantificable para clasificar en qué momento se encuentra. Una vez hayamos explicado cuales son nuestras tres variables y como se rellenan los cuestionarios, las citaremos dentro de un mes para que nos entreguen los cuestionarios y realizar una valoración inicial.

Pasado el mes, las participantes nos entregarán los resultados de las escalas, las cuales nos servirán para obtener los datos de las variables antes de empezar el tratamiento. Introduciremos estos primeros datos en nuestra plantilla de Excel y daremos una hoja a las integrantes del estudio, que será rellena con los datos de nuestras variables recogidas por el Investigador principal. Tanto antes como después del tratamiento se pasarán estas escalas, recogiendo su información en la hoja de tratamiento y compararemos las diferencias entre evaluación inicial y final (Anexo 10).

En esta primera evaluación realizada por el fisioterapeuta que vaya a llevar a cabo el tratamiento veremos el estado general del suelo pélvico de las pacientes.

Examen externo:

- Inspeccionamos color de la piel, cambios dermatológicos que nos llamen la atención...

- Palpación de musculatura superficial: vamos palpando si al hacer presión en distintas zonas de alrededor de la vulva hay puntos dolorosos.
- Sensibilidad: comprobamos que hay la misma sensibilidad en la piel en ambos lados de la vulva.
- Cicatriz: observamos color, temperatura, aspecto, movilizamos para ver si hay adherencias.
- Presiones sobre el Núcleo Fibroso Central del Periné (NFCP).

Examen interno (todo intracavitatorio):

- Miramos si hay puntos dolorosos: introduciendo nuestros dedos previamente lubricados en el orificio vaginal y vamos palpando las paredes internas de la vagina aplicando presión para ver si hay alguna zona dolorosa.
- Contracciones suelo pélvico: explicamos a la paciente que debe intentar juntar nuestros dedos que tenemos insertados y llevarlos hacia arriba para ver la capacidad de contracción que tiene su musculatura del suelo pélvico.
- Pedir contracciones rápidas: pedimos que haga una contracción fuerte y rápida y relaje rápido diez veces seguidas para ver el estado de las fibras fásicas.
- Pedir contracciones prolongadas: pedimos una contracción constante y durante el tiempo que puedan para ver el estado de sus fibras tónicas.
- Pedimos tos: observamos si dentro de la vagina hay cambios como prolapsos.

Se les hará la misma evaluación inicial indistintamente si están en el GC o GE.

También, la psicóloga experta en sexología que forma parte del estudio hará una evaluación psicológica a todas las pacientes (tanto GC como GE) para valorar si la dispareunia que padecen tiene un origen psicológico.

Una vez hecha la evaluación inicial cada grupo comenzará su tratamiento:

- Grupo control: tratamiento convencional de dispareunia
- Grupo experimental: tratamiento convencional + tratamiento de fisioterapia para dispareunia causada por episiotomía.

En el grupo control se probará a hacer un abordaje más médico de la dispareunia mediante medicamentos como tratamiento convencional y será controlado y pautaado por el ginecólogo colaborador del proyecto, quien controlará las dosis, los efectos adversos... El tratamiento conservador consistirá en:

1. El ginecólogo que participa en el estudio recetará a las mujeres una crema vaginal de estrógenos que debe aplicarse todos los días durante las 4 semanas que dura nuestro proyecto. El objetivo de esta crema es que se mejore la atrofia vaginal, alivie el prurito, y aumente el flujo sanguíneo y lubricación de la zona.
2. Por otro lado, el ginecólogo recetará a las participantes durante una semana tratamiento oral del medicamento Diacepam diario que deben tomar y que se utilizará como relajante muscular.
3. También se pedirá que siempre que mantengan relaciones sexuales utilicen un lubricante para aliviar la sequedad vaginal y el dolor que se produzca en la introducción de cualquier objeto en la vagina.

En cuanto al tratamiento que se realizará en el grupo experimental por el fisioterapeuta colaborador, irá encaminado a un tratamiento de fisioterapia para tratar la dispareunia causada por una episiotomía.

Las sesiones serán de una hora tres veces a la semana en días alternos durante 4 semanas y el tratamiento consistirá en:

- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS): lo utilizaremos para provocar alivio y analgesia en la zona donde pongamos los electrodos de superficie. Colocaremos electrodos pequeños en la zona donde viéramos que había dolor a la palpación en la zona de los genitales externos. Utilizaremos el programa con pulsos bifásicos, a 20Hz de frecuencia y una duración de pulso de 200microsegundos. La intensidad la iremos modulando según la percepción del paciente. Le explicaremos que notará como un hormigueo, pero nunca debe notar dolor. Pondremos los TENS durante 30 minutos solo una vez por semana.
- Ejercicios Kegel: utilizaremos estos ejercicios para ayudar a fortalecer la musculatura del suelo pélvico. Primero, ayudaremos a la paciente a hacer estos ejercicios introduciendo nuestros dedos en su orificio vaginal para ir guiándola y que sienta qué músculos tiene que contraer. Pediremos a la paciente que simule el gesto de cortar el flujo de orina para que entienda como debe hacer la contracción. Durante la primera semana pediremos que haga 5 contracciones de 5 segundos cada una y que descanse 5 segundos entre cada contracción. Este ejercicio lo realizará 5 veces al día, es decir, que al día realizará 25 contracciones. Durante la siguiente semana se aumentará el número de repeticiones a 10, haciendo 50 contracciones al día, pero en este caso con un periodo de relajación entre contracciones de 6 segundos.
- Biofeedback: estando la mujer tumbada con la cadera y rodilla semiflexionadas, introduciremos una sonda vaginal con electrodos a ambos lados que detecte las

contracciones que la participante hace con su suelo pélvico. Esta técnica sirve para mejorar la calidad de las contracciones ya que la mujer al tener un estímulo visual sabe qué fuerza debe hacer con su musculatura y cuando. Pediremos varias contracciones rápidas y pautaremos el número que tiene que realizar según veamos en el biofeedback que hay fatiga. Haremos lo mismo, pero pidiendo una contracción mantenida. Veremos los segundos que puede mantener la persona realizando una contracción mantenida e intentaremos ir repitiendo estas contracciones a lo largo del estudio para ver si mejora la calidad y cantidad de la contracción.

- Terapia manual de la cicatriz: la participante se tumbará en la camilla con cadera y rodillas semiflexionadas. Para tratar la cicatriz, aplicaremos una presión profunda en dirección perpendicular de la zona donde más dolor o restricción notemos de la episiotomía durante varios minutos. Una vez terminada esta técnica de tratamiento, con las yemas de nuestros dedos movilizaremos transversalmente la cicatriz de manera enérgica y rítmica durante un par de minutos. La próxima técnica manual consistirá en pasas longitudinales sobre la cicatriz a presión y velocidad constantes. Por último, nos colocaremos sobre la cicatriz y empujaremos rítmicamente hacia la cicatriz varias veces.
- Ejercicios pélvicos: ejercicios de movilidad pélvica para fortalecimiento y estiramientos de la musculatura.



Imagen 2. Traducción al español (20).

Una vez que cada participante haya finalizado su tratamiento de 4 semanas, el investigador principal volverá a citarlas según vayan finalizando. Se les pedirá que, a largo del próximo mes vayan rellenando las mismas tres escalas que les pasamos al principio (escala EVA,

IFSF, SF36) y cuando pase ese plazo de un mes, que envíen los resultados para ir metiéndolos en nuestra hoja de Microsoft Excel.

Una vez hayan terminado todas las participantes de hacer el tratamiento, meteremos todos esos datos en nuestra hoja de Excel, y los extrapolaremos al IBM® SPSS® Statitics. Desde ahí, nuestro analista de datos, el cual estará cegado y no sabrá a quién pertenece cada número de identificación irá haciendo un análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos únicamente cuando hayan acabado el tratamiento todas las mujeres de la muestra, y el proceso del análisis de los datos durará dos meses.

Por último, una vez se hayan analizado todos los datos, éstos serán pasados al Investigador Principal, quien debe interpretar esos resultados y redactar unas conclusiones y realizar una presentación final, donde expondrá las conclusiones a las que se ha llegado tras realizar este proyecto en un plazo de 15 días.

## 6.2. Etapas del desarrollo

Etapas	Periodo de realización
Redacción del proyecto	Septiembre 2022 - Mayo 2023
Solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica	Junio 2023 - Julio 2023
Selección del equipo de investigadores	Julio 2023 – Agosto 2023
Selección de la muestra	Septiembre 2023 – finalice la muestra
1º entrevista	Septiembre 2023 durante 1 mes - hasta acabar la muestra
1º medición	Octubre 2023 – hasta acabar la muestra
Tratamiento	4 semanas a partir de octubre hasta acabar la muestra
2º entrevista	1 mes a partir de noviembre hasta acabar la muestra
Análisis de los datos	Durante 2 meses una vez hayamos terminado toda la muestra
Redacción de la conclusión y presentación final	Durante 15 días una vez hayamos obtenido el análisis de los datos

### **6.3. Distribución de las tareas del equipo investigador**

Investigador Principal:

- Coordinar el estudio.
- Redactar el estudio.
- Redactar la Solicitud del Comité Ético de Investigación Clínica.
- Seleccionar a los investigadores que van a colaborar en el estudio e informarles de sus tareas y funciones.
- Ponerse en contacto con los servicios de ginecología de los hospitales seleccionados para informarles del estudio que se está realizando para que nos manden participantes.
- Mantener una primera entrevista con las participantes para aclarar y resolver dudas sobre el proyecto.
- Entregar y explicar las escalas y variables que tienen que rellenar que utilizaremos como variables.
- Realizar una segunda entrevista donde se les volverá a dar los mismos cuestionarios que en la primera.
- Recopilar los datos.
- Redactar las conclusiones del estudio y la presentación final.

Fisioterapeuta (intervención):

- Realizar una valoración inicial para ver desde que estado parte cada paciente.
- Poner en práctica el tratamiento de fisioterapia en el grupo experimental.

Ginecólogo:

- Encargado de pautar los medicamentos para el tratamiento conservador de la dispareunia teniendo en cuenta el historial y las características de cada participante.

Ginecólogo colaborador:

- Derivarnos a sus pacientes del hospital que cumplan nuestros criterios para poder realizar el estudio.

Analista de los datos:

- Recopilar los datos de las escalas y cuestionarios según las variables a estudiar.
- Analizar los datos mediante una estadística descriptiva e inferencial.
- Realizar un informe de los datos estudiados.

Psicólogo:

- Realizar una evaluación psicológica para descartar que la dispareunia de la participante sea de origen psicológico.

#### **6.4. Lugar de realización del proyecto**

El proyecto se llevará a cabo en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, ubicado en Carretera Colmenar Viejo S/N, Madrid, 28034 (Anexo 11).

Tanto la valoración como el tratamiento de los sujetos se realizará en la Unidad de Suelo pélvico, la cual se encuentra dentro de la Unidad de Rehabilitación.

## 7. Bibliografía

- (1) Deane RP. Operative vaginal delivery and pelvic floor complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2019 -04;56:81-92.
- (2) Huang L, Lai Y, Chen G, Lee M, Ng S. Effect of far-infrared radiation on perineal wound pain and sexual function in primiparous women undergoing an episiotomy. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2019 -01;58(1):68-71.
- (3) Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2019 -06;30(6):853-868.
- (4) Aydın Besen M, Rathfisch G. The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care Women Int* 2020 -01;41(1):22-37.
- (5) Graziottin A, Gambini D. Anatomy and physiology of genital organs – women. *Neurology of Sexual and Bladder Disorders* 2015:39.
- (6) Ramírez García I. *Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino*. 5º ed.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (7) Manresa M, Pereda A, Goberna-Tricas J, Webb SS, Terre-Rull C, Bataller E. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int Urogynecol J* 2020 -11;31(11):2367-2375.
- (8) Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica* 2014;17(2):53-57.
- (9) Sarmiento CM, Torres AC, Editores A, Gordillo A, Katty Briceño D. *Guía didáctica para el taller: "episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación"*. 2013.
- (10) Moreira Sarmiento C, Carolina Torres Abad A. *Sistema de gestión de calidad protocolo de episiotomía y episiorrafia protocolo episiotomía y episiorrafia*. UPTL, 2013.
- (11) Doumouchtsis SK, Boama V, Gorti M, Tosson S, Fynes MM. Prospective evaluation of combined local bupivacaine and steroid injections for the management of chronic vaginal and perineal pain. *Arch Gynecol Obstet* 2011 -09;284(3):681-685.
- (12) Dionisi B, Senatori R. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the postpartum dyspareunia treatment. *J Obstet Gynaecol Res* 2011 -07;37(7):750-753.
- (13) Alon R, Shimonovitz T, Brecher S, Shick-Nave L, Lev-Sagie A. Delivery in patients with dyspareunia-A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019 -06;237:131-136.
- (14) Alligood-Percoco NR, Kjerulff KH, Repke JT. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstet Gynecol* 2016 -09;128(3):512-518.
- (15) Hugo E, Franco Z, Antony K, Franco Z, Alejandro J, Moreira Z, et al. Etiología y tratamiento de la dispareumia. *2588;3(3):643*.

- (16) Sutton KS, Boyer SC, Goldfinger C, Ezer P, Pukall CF. To Lube or Not to Lube: Experiences and Perceptions of Lubricant Use in Women With and Without Dyspareunia. *Journal of sexual medicine* 2012 Jan;9(1):240-250.
- (17) Larish AM, Dickson RR, Kudgus RA, McGovern RM, Reid JM, Hooten WM, et al. Vaginal Diazepam for Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction: The Pharmacokinetic Profile. *Journal of sexual medicine* 2019 Jun;16(6):763-766.
- (18) Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen, medicina de familia* 2016 Jul;42(5):e33-e37.
- (19) Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J* 2019 -11;30(11):1849-1855.
- (20) Marques J, Botelho S, Pereira LC, Lanza AH, Amorim CF, Palma P, et al. Pelvic floor muscle training program increases muscular contractility during first pregnancy and postpartum: electromyographic study. *Neurourol Urodyn* 2013 -09;32(7):998-1003.
- (21) Farrag E, Eswi S, Badran <sup>3</sup>. Effect Of Postnatal Kegel Exercises on Episiotomy Pain and Wound Healing Among Primiparous Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* ;5(3):24.
- (22) Chamorro Comesaña A, Suárez Vicente MDP, Docampo Ferreira T, Pérez-La Fuente Varela, Ma Del Mar, Porto Quintáns MM, Pilat A. Effect of myofascial induction therapy on post-c-section scars, more than one and a half years old. Pilot study. *J Bodyw Mov Ther* 2017 -01;21(1):197-204.
- (23) Kelly RC, Armstrong M, Bensky A, Foti A, Wasserman JB. Soft tissue mobilization techniques in treating chronic abdominal scar tissue: A quasi-experimental single subject design. *J Bodyw Mov Ther* 2019 -10;23(4):805-814.
- (24) White C, Atchan M. Postpartum management of perineal injury - A critical narrative review of level 1 evidence. *Midwifery* 2022 -09;112:103410.
- (25) Steen M. Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal? *British journal of midwifery* 2007 May;15(5):273-280.
- (26) Sunshine A, Zigelboim I, Olson NZ, De Sarrazin C, Laska E. A comparative oral analgesic study of indoprofen, aspirin, and placebo in postpartum pain. *J Clin Pharmacol* 1985;25(5):374-380.
- (27) Jarlenski M, Bodnar LM, Kim JY, Donohue J, Krans EE, Bogen DL. Filled Prescriptions for Opioids After Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol* 2017 -03;129(3):431-437.
- (28) East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery* 2012 -02;28(1):93-97.
- (29) Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdecha A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *J Sex Med* 2015 -05;12(5):1275-1282.

(30) Dođan B, Gn İ, zdamar , Yılmaz A, Muđu M. Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017 -02;30(4):457-460.

(31) V N, Kshirsagar N, Kakade S. Effectiveness of Infrared Lamp Therapy on Healing of Episiotomy Wound among Post Natal Mothers. *Health science journal* 2015 Jan 01,;9(5):1.

(32) Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, et al. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010 -06;89(6):817-822.

## 8.Anexos

### Anexo 1: Búsquedas en Pubmed

#11	...	>	Search: ("Episiotomy"[Mesh]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) Filters: from 2017 - 2023	16
#10	...	>	Search: ("Episiotomy"[Mesh]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh])	62
#9	...	!	> Search: ("Episiotomy"[Mesh] AND ("Dyspareunia"[Mesh]) Filters: from 2017 - 2023	14
#7	...	!	> Search: ("Episiotomy"[Mesh] AND ("Dyspareunia"[Mesh])	73
#6	...	>	Search: ("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh]) Filters: from 2017 - 2023	20
#5	...	>	Search: ("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])	84
#2	...	>	Search: (("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])) AND ("Quality of Life"[Mesh])	6
#1	...	>	Search: (("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])) AND ("Dyspareunia"[Mesh])	4
#8	...	!	> Search: ("Episiotomy"[Mesh] AND ("Dyspareunia"[Mesh]) Filters: from 2016 - 2023	15

Search	Actions	Details	Query	Results
#20	...	>	Search: ("Lubricants"[Mesh]) AND ("Dyspareunia"[Mesh])	26
#19	...	>	Search: ("Estrogen Replacement Therapy"[Mesh]) AND ("Dyspareunia"[Mesh])	78
#18	...	>	Search: ("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Muscle Relaxants, Central"[Mesh])	3
#17	...	>	Search: ("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Antidepressive Agents"[Mesh])	12
#16	...	>	Search: (("Drug Therapy"[Mesh]) AND ("Postpartum Period"[Mesh])) AND ("Episiotomy"[Mesh])	10
#15	...	>	Search: (("Postnatal Care"[Mesh]) AND ("Postpartum Period"[Mesh])) AND ("Episiotomy"[Mesh])	2
#14	...	>	Search: (((("Pelvic Floor Disorders"[Mesh]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh])) AND ("Postpartum Period"[Mesh])) AND ("Episiotomy"[Mesh])	1
#13	...	>	Search: (("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Postpartum Period"[Mesh])) AND ("Therapeutics"[Mesh])	12
#12	...	>	Search: (("Dyspareunia"[Mesh]) AND ("Episiotomy"[Mesh])) AND ("Therapeutics"[Mesh])	15

## Anexo 2: Búsquedas en Ebsco

<input type="checkbox"/>	S8	 postpartum care	<p><b>Limitadores</b> - Fecha de publicación: 20170101-20221231</p> <p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (8,502)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S7	 S4 AND S5	<p><b>Limitadores</b> - Fecha de publicación: 20170101-20221231</p> <p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (33)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S6	 S4 AND S5	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (71)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S5	 cicatrix	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (42,273)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S4	 manual therapy	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (27,711)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S3	 S1 AND S2	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (16)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S2	 perineal wound care	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (67)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S1	 episiotomy	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (9,448)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>

<a href="#">Número de ID de búsqueda</a> ▼	Términos de la búsqueda	Opciones de búsqueda	Acciones
<input type="checkbox"/>	S15  S11 AND S12 AND S13	<p><b>Limitadores</b> - Fecha de publicación: 20170101-20221231</p> <p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (15)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S14  S11 AND S12 AND S13	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (31)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S13  quality of life	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (1,258,445)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S12  dyspareunia	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (13,140)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S11  episiotomy	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (9,448)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S10  S8 AND S9	<p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (13)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/>	S9  perineal wound care	<p><b>Limitadores</b> - Fecha de publicación: 20170101-20221231</p> <p><b>Ampliadores</b> - Aplicar materias equivalentes</p> <p><b>Modos de búsqueda</b> - Booleano/Frase</p>	<a href="#">Ver resultados</a> (26)   <a href="#">Ver detalles</a>   <a href="#">Modificar</a>

### **Anexo 3: Solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica**

Don/Dña Beatriz García Redondo López en calidad de investigador principal con domicilio social en Aranjuez (Madrid)

EXPONE:

Que desea llevar a cabo el estudio *“Inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento convencional en mujeres con dispareunia postepisiotomía en la mejora del dolor, función sexual y calidad de vida”*.

Que será realizado en el servicio de Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Universitario Ramón y Cajal por Beatriz García Redondo López, como investigadora principal. Además, solicitará permiso para utilizar las instalaciones hospitalarias de la Unidad de suelo pélvico, así como el material necesario para poder realizar el proyecto.

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 revisión).

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 autorizado con un PEI (indicar N.º de PEI).
- Primer ensayo clínico referente a una modificación de PEI en trámite (indicar N.º de PEI).
- Ensayo clínico con una especialidad farmacéutica en una nueva indicación (respeto a las autorizadas 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:

El Promotor,

D/D<sup>a</sup>:                     Beatriz García Redondo López                    .

En   ARANJUEZ   a   15   de   AGOSTO   de   2023   .

## **Anexo 4: Hoja de Información al paciente**

En el proyecto “*Inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento convencional en mujeres con dispareunia postepisiotomía en la mejora del dolor, función sexual y calidad de vida*” usted tiene derecho a conocer detalladamente al proceso al que va a ser sometido a lo largo del tiempo que transcurra el proyecto al igual que el tratamiento que se le va a aplicar y los riesgos que éste supone.

Usted es libre de abandonar el estudio en el instante que desee rellenando el inscrito de revocación.

Debe leer cada punto detenidamente y recurrir a nosotros en caso de que quede alguna duda sin resolver. De no ser este el caso, se firmará este documento acreditando que ha leído el documento y está de acuerdo con todo lo que se plantea en él.

En este proyecto, la investigadora principal será Beatriz García Redondo López, Graduada en Fisioterapia a través de la Universidad Pontificia de Comillas con e-mail [Beatriz.garcia01@hotmail.com](mailto:Beatriz.garcia01@hotmail.com).

Este proyecto se llevará a cabo en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en la Unidad de Suelo Pélvico dentro del servicio de Fisioterapia y ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de éste mismo hospital.

Descripción del estudio:

Una vez acordado como será el proyecto, el Investigador Principal se pone en contacto con los departamentos de ginecología de distintos hospitales y se les informa de la existencia del estudio y como será. Los ginecólogos colaboradores nos derivarán a las pacientes que cumplan los criterios que hemos acordado en el estudio. Las participantes que se pongan en contacto con nosotros tendrán una entrevista donde se les explicará en qué consiste nuestro proyecto. Su duración es de 4 semanas y se les pedirá que firmen un consentimiento informado. Se les explicará cómo deben rellenar las distintas escalas y cuestionarios que utilizaremos como variables y se les pedirá que vuelvan pasado un mes con todos los documentos correctamente completados. Los criterios de selección son:

### **Criterios de inclusión:**

- Hayan sido diagnosticadas de dispareunia por un profesional sanitario.
- Mujeres a las que se les realizó episiotomía en su último parto.

-Mujeres que siguieron tratamiento conservador de la episiotomía pautado por su ginecólogo.

-Padezcan dolor antes, durante o después del acto sexual.

-Lleven teniendo dolor en las relaciones sexuales al menos 5 meses después del parto.

**Criterios de exclusión:**

-Embarazadas

-Hayan realizado tratamiento de fisioterapia antes por esta causa.

-Tuvieran dolor en las relaciones sexuales antes el parto.

-Padezcan de infecciones.

-Hayan sido intervenidas quirúrgicamente del suelo pélvico (excepto episiotomía)

-Enfermedades como vaginismo, problemas dermatológicos vulvares, cistitis, endometriosis.

-Procesos oncológicos pélvicos.

-Cistoceles, rectoceles, histeroceles y prolapsos de la cúpula vaginal.

-Partos en los que se utilizaran fórceps.

-Que su dispareunia tenga causa psicológica.

-Alergias a algún medicamento o componentes que usemos durante los tratamientos.

Se dividirá en dos grupos a las participantes de manera aleatoria seleccionadas previamente a su llegada al estudio. Un grupo será el grupo control, donde se aplicará únicamente el tratamiento conservador de la dispareunia que consistirá en tratamiento farmacológico de estrógenos por vía vaginal y Diazepam como relajante muscular siempre supervisado por nuestro ginecólogo, al igual que el uso de lubricantes durante las relaciones sexuales.

El otro grupo será el grupo experimental que, aparte de tener el mismo tratamiento convencional para la dispareunia que el grupo control, tendrá un tratamiento de fisioterapia específico para esta patología tres veces por semana en días alternos. Éste consistirá en TENS durante 30 minutos por semana, ejercicios de Kegel, ejercicios con el biofeedback, terapia manual en la cicatriz de la episiotomía y ejercicios pélvicos.

Antes de empezar con el tratamiento, a todas las participantes, indistintamente del grupo al que pertenezcan, se les realizará una valoración inicial por nuestro fisioterapeuta colaborador y una valoración psicológica por un psicólogo especializado en sexología.

Una vez todas las participantes terminen sus tratamientos, se compararán los datos y se verá si hay diferencias significativas en cuanto dolor, disfunción sexual y calidad de vida entre haber aplicado un tipo de tratamiento u otro.

#### **RIESGOS:**

- Los estrógenos por vía vaginal pueden ocasionar los siguientes síntomas: náusea, dolor de cabeza, diarrea, vómitos, dolor o sensibilidad en los senos, pérdida de cabello y dolor estomacal.
- El uso de estrógenos puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de endometrio.
- EL Diazepam puede aumentar el riesgo de problemas de respiración graves y causa sedación
- No tomar la dosis adecuada de Diazepam puede aumentar la dependencia al medicamento.
- El Diazepam puede ocasionar los siguientes síntomas: mareos, cansancio, debilidad muscular, estreñimiento y confusión.

#### **CONTRAINDICACIONES:**

-De los estrógenos: angioedema, reacción anafiláctica al estradiol, sangrado vaginal anormal, antecedentes/ enfermedad activa tromboembólica.

-De Diazepam: si padece miastenia gravis, hipersensibilidad a las benzodiazepinas, dependencia a algunas sustancias, insuficiencia respiratoria severa, apnea del sueño, insuficiencia hepática.

-TENS: marcapasos cardiaco, implantes metálicos, enfermedades vasculares, tumoraciones o infecciones, dificultad para informar de sensaciones, hipertensión descompensada.

## **Anexo 5: Documento de Consentimiento Informado**

*“Inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento convencional en mujeres con dispareunia postepisiotomía en la mejora del dolor, función sexual y calidad de vida”.*

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

He sido informada sobre la terapia que se me va a realizar durante este estudio, lo que debo hacer como sujeto de este proyecto y los posibles beneficios y riesgos que esto conlleva para mi salud. Se me ha dado la oportunidad de expresar mis dudas las cuales han sido resueltas de manera asequible a mis conocimientos.

Siendo conocedora de toda la información, me presto voluntaria a participar y formar parte activa como sujeto de estudio de este proyecto. Entiendo el derecho de poder retirarme en cualquier momento de la realización del proyecto y que mi participación ha sido completamente sin ánimo de lucro.

Declaro no padecer ninguna de las contraindicaciones de las que he sido informada para poder ser parte del proyecto.

Declaro haber leído y comprendido todos los datos e información que se me ha aportado sobre el proyecto de investigación al igual que declaro que los datos que he aportado sobre mi salud física y mental son verdaderos y rigurosos para poder utilizarlos en el estudio y que no comprometan la integridad del estudio. De la misma manera, declaro dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los procedimientos de los cuales he sido informado/a.

Firma: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### **REVOCACIÓN**

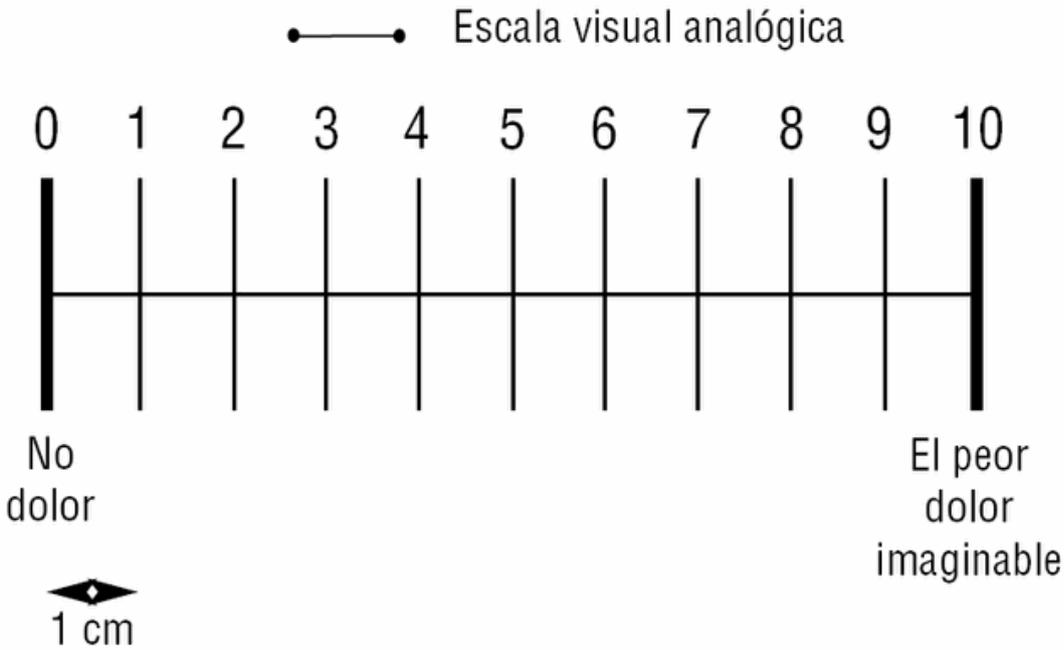
D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

,

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, confirmo mi deseo de abandonar el estudio *“Inclusión del tratamiento de fisioterapia al tratamiento convencional en mujeres con dispareunia postepisiotomía en la mejora del dolor, función sexual y calidad de vida”*.y revocar el consentimiento informado y no participar más en la realización del proyecto. Para que conste y haga efecto firmo el presente documento:

Firma

**Anexo 6: Escala Visual Analógica**



## Anexo 7: Índice de la Función Sexual Femenina

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 punto  |

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy alto        | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alto            | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderado        | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Bajo            | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada | 1 punto  |

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

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual                  | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre                     | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)            | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)           | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca                         | 1 punto  |

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy alto                  | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alto                      | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderado                  | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Bajo                      | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada           | 1 punto  |

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy alta confianza        | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alta confianza            | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderada confianza        | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Baja confianza            | 2 puntos |

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 5 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 4 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 5 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 4 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre la mantengo 5 puntos
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad) 4 puntos
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad) 2 puntos
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final 1 punto

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos

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 0 puntos
- Siempre o casi siempre 5 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 4 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

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 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 puntos
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 1 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 2 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 1 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 2 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy alto 1 puntos
- Alto 2 puntos
- Moderado 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

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

## ANEXO 8: SF36

---

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría 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

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Sí , me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- Sí, me limita mucho**
- Sí, me limita un poco**
- No, no me limita nada**

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- Sí**
- No**

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí**
- No**

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí**
- No**

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí**
- No**

20. Durante las últimas 4 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**

21. ¿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**

22. Durante las últimas 4 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**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

---

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

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

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

## **ANEXO 9: Hoja de datos personales**

Nombre: \_\_\_\_\_ .

DNI: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_ .

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ . Código de identificación:

.

Domicilio: \_\_\_\_\_ . Localidad:

.

A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ .

Firma:

**Anexo 10: Hoja de tratamiento**

Nº identificación: _____ .	Pretratamiento	Postratamiento
Dolor		
Función sexual femenina		
Calidad de vida		

## Anexo 11: Lugar de realización del proyecto.



Dirección social: Carretera Colmenar Viejo S/N, Madrid, 28034

Teléfono: 913368000

Web principal: [www.hrc.es](http://www.hrc.es)

Transporte público:

-Tren Cercanías: parada Ramón y Cajal.

-Metro: Línea 10, parada Begoña.

-Autobús: EMT – Líneas 125, 135, 165 y 166.