

Programa de ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico en mujeres con disfunción sexual

Pelvic floor strengthening exercise program for women with sexual dysfunction

- 1 Verónica Elizabeth Calvopiña Caizahuano  <https://orcid.org/0009-0004-5956-3593>
Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Riobamba, Ecuador.
vekcal@hotmail.com
- 2 Estefanía Alexandra Rodríguez Bermeo  <https://orcid.org/0009-0009-9797-3899>
Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Riobamba, Ecuador.
estefialexa29@gmail.com
- 3 Alex Daniel Barreno Gadway  <https://orcid.org/0009-0007-8576-8623>
Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Riobamba, Ecuador.
alex.d.barreno@unach.edu.ec
- 4 Silvia Del Pilar Vallejo Chinche  <https://orcid.org/0009-0008-7429-5928>
Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), Riobamba, Ecuador
silvia.vallejo@unach.edu.ec



Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Enviado: 17/12/2024

Revisado: 15/01/2025

Aceptado: 03/02/2025

Publicado: 21/02/2025

DOI: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v8i1.1.3317>

Cítese: Calvopiña Caizahuano, V. E., Rodríguez Bermeo, E. A., Barreno Gadway, A. D., & Vallejo Chinche, S. D. P. (2025). Programa de ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico en mujeres con disfunción sexual. *Anatomía Digital*, 8(1.1), 22-46. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v8i1.1.3317>



ANATOMÍA DIGITAL, es una Revista Electrónica, Trimestral, que se publicará en soporte electrónico tiene como misión contribuir a la formación de profesionales competentes con visión humanística y crítica que sean capaces de exponer sus resultados investigativos y científicos en la misma medida que se promueva mediante su intervención cambios positivos en la sociedad. <https://anatomiadigital.org>
La revista es editada por la Editorial Ciencia Digital (Editorial de prestigio registrada en la Cámara Ecuatoriana de Libro con No de Afiliación 663) www.celibro.org.ec

Esta revista está protegida bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Copia de la licencia: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Palabras claves:

Disfunción sexual,
Dispareunia,
Suelo pélvico,
Entrenamiento,
Fisioterapia

Resumen

Introducción: La disfunción sexual femenina es una de las consultas ginecológicas con mayor demanda, siendo la dispareunia uno de los trastornos que aflige a la población femenina en un 26%. Los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico son un tratamiento para mitigar los efectos adversos sobre la función sexual. Algunos de los programas de salud sexual en fisioterapia son multimodales, integrando los ejercicios con la educación sexual. **Objetivo:** Analizar los programas fisioterapéuticos dirigidos al fortalecimiento muscular del suelo pélvico mediante revisiones bibliográficas para mitigar la disfunción sexual femenina. **Metodología:** Es de tipo bibliográfica con diseño documental, de método inductivo, con datos recolectados desde el año 2017 de las siguientes bases de datos: PubMed, ProQuest, ScienceDirect, EBSCO, Semantic Scholar, SPRINGER LINK y Em Saúde. Se pudo identificar, filtrar y preanalizar los ensayos clínicos aleatorizados con la ayuda de los operadores booleanos (AND, OR y NOT), junto con los criterios de inclusión, exclusión y la escala de Physiotherapy Evidence Database. **Resultados:** Inició con una población de 112 artículos, tras analizar se obtuvo una muestra de 27 artículos, abarcando los programas de fortalecimiento del suelo pélvico en la disfunción sexual femenina, iniciando por concientizar la contracción de la musculatura pélvica, junto con instrumentos, educación sexual, apoyo de la pareja y trabajos autodirigidos, siendo eficaces en los trastornos de dispareunia y disfunción sexual. **Conclusiones:** Se demostró la efectividad de los programas multimodales en el entrenamiento de la musculatura hipotónica del suelo pélvico, aumentando el deseo sexual, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y reducción de dolor en mujeres con disfunción sexual. **Área de estudio general:** Fisioterapia. **Área de estudio específica:** Suelo pélvico. **Tipo de estudio:** Revisión bibliográfica.

Keywords:

Sexual dysfunction,
dyspareunia, Pelvic
floor, Training,
Physical therapy

Abstract

Introduction: Female sexual dysfunction is one of the gynecological consultations with the highest demand, being dyspareunia one of the disorders that afflict the female population in 26%. Pelvic floor muscle training exercises are a

treatment to mitigate the adverse effects on sexual function. Some of the sexual health programs in physiotherapy are multimodal, integrating exercises with sexual education. **Objective:** To analyze physiotherapeutic programs aimed at pelvic floor muscle strengthening through literature reviews to mitigate female sexual dysfunction. **Methodology:** It is of bibliographic type with documentary design, inductive method, with data collected since 2017 from the following databases: PubMed, ProQuest, ScienceDirect, EBSCO, Semantic Scholar, SPRINGER LINK and Em Saúde. We were able to identify, filter and pre-analyze randomized clinical trials with the help of Boolean operators (AND, OR and NOT), along with inclusion, exclusion criteria and the Physiotherapy Evidence Database scale. **Results:** It started with a population of 112 articles, after analyzing a sample of 27 articles was obtained, covering pelvic floor strengthening programs in female sexual dysfunction, starting by raising awareness of pelvic muscle contraction, along with instruments, sex education, partner support and self-directed work, being effective in dyspareunia and sexual dysfunction disorders. **Conclusions:** It was demonstrated the effectiveness of multimodal programs in training the hypotonic pelvic floor musculature, increasing sexual desire, lubrication, orgasm, sexual satisfaction, and pain reduction in women with sexual dysfunction. **General Area of Study:** Physical therapy. **Specific area of study:** Pelvic floor. **Type of study:** Bibliography Review.

1. Introducción

“La Disfunción Sexual Femenina (DSF) es cualquier queja o problema sexual resultante de trastornos del deseo, la excitación, el orgasmo o el dolor sexual que causa una marcada angustia o dificultad interpersonal” (1). Esta patología es investigada con menor frecuencia; sin embargo, es más común de lo que se cree, dando lugar a un 98% de consulta en ginecología a causa de malestar en la vida sexual (1).

La incidencia de la disfunción sexual femenina a nivel mundial se encuentra alrededor del 41%, el porcentaje varía de acuerdo con los factores sociales y económicos; por ejemplo, en países subdesarrollados se halla un 62%; la asociación cultural que los

individuos le dan al acto sexual es solo con fines de procreación más no placenteros, alterando su visión de la sexualidad (2).

Se considera trastornos sexuales una vez presente la sintomatología como el dolor durante el acto sexual, dificultad con la excitación y orgasmo; con criterios entre un 75% y 100% del tiempo, con una duración mínima de 6 meses. La prevalencia de cada trastorno es distinta e independiente, los porcentajes varían según los autores, por ejemplo, según Clayton & Valladares (3) las dificultades de deseo están presentes en el 64%, excitación 31%, orgasmo 35% y dolor sexual 26%.

Mientras que Hill & Taylor (4) en un estudio realizado en Estados Unidos informó sobre una prevalencia del dolor sexual o dispareunia aproximadamente del 10% al 20% durante el acto sexual, manifestándose de forma superficial en la inserción vaginal o profunda presente en la vejiga, pelvis, útero y anexos. La dispareunia se acompaña de otros cambios secundarios en la vida del individuo como la presencia de ansiedad y depresión, aumentando significativamente el riesgo de sufrir disfunción sexual.

Clayton & Valladares (3) mencionan que existe una relación bidireccional entre la vida sexual y la depresión, sí existen cambios en la actividad sexual se verá reflejado en la depresión y viceversa; al estar presente la depresión en la vida de los individuos inmediatamente desencadena una falta de interés y desmotivación por aspectos de su diario vivir y por ende relacionados con su satisfacción sexual. Por ello, la depresión aumenta el riesgo de desarrollar disfunción sexual entre un 50% a 70%, en ese mismo sentido la Disfunción Sexual (DS) aumenta el riesgo de presentar depresión entre un 130% y un 210%.

Al describir la Disfunción Sexual Femenina (DSF) como una patología que interfiere directamente con el modelo circular de la respuesta sexual femenina, se le relaciona con factores que aumentan o disminuyen su predisposición (5):

- Factor demográfico: el desempleo propio o de la pareja.
- Factor salud y bienestar: mala salud mental y toma de antidepresivos.
- Factor ginecólogo-obstetra: embarazos e incontinencia urinaria.
- Factora pareja: pareja con disfunción sexual y relación insatisfecha.

La etiología de una función sexual alterada es multifactorial, relacionándose a causas: hormonales, ginecológicas, psicológicos, vasculares y anatómicos. Por otro lado, si la estructura del suelo pélvico no cumple su función de soporte y suspensión de los órganos abdomino-pélvicos, según Kershaw & Jha (1) hay una relación del 50% que las mujeres con problemas uroginecológicos como Incontinencia Urinaria (IU), prolapso uterino, a causa de una disfunción del suelo pélvico desarrollen disfunción sexual femenina. Por el

contrario, se menciona una prevalencia del 25% en países desarrollados que la población tenga algún tipo de trastorno del suelo pélvico y del 46% en países subdesarrollados (2).

Existen tres tipos de disfunciones del suelo pélvico (2):

- **Anatómicas:** Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) con una prevalencia del 50% en mujeres que han tenido parto vaginal.
- **Miccionales:** contienen tres subtipos de IU con una prevalencia del 5 al 69%, se halla la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) e Incontinencia Urinaria Mixta (IUM).
- **Sexuales:** deseo, excitación, orgasmo, dolor sexual.

Además de la falta de investigaciones relacionadas con esta problemática, existe poca visibilidad por parte de los profesionales de la salud sobre las alteraciones en la vida sexual de la mujer, estas afecciones pueden estar presente en cualquier momento de la vida; o en caso de no actuar a tiempo, pueden volverse un gasto sanitario mayor para el individuo. Entre sus posibles tratamientos se describe al tratamiento quirúrgico; sin embargo, Kershaw & Jha (1) mencionan que la intervención quirúrgica en el caso de la incontinencia urinaria o el prolapso de órganos pélvicos como consecuencia de esta podría verse implicada la normalidad de la función sexual incluso empeorando como resultado de la cirugía.

El tratamiento fisioterapéutico dirigido a la musculatura del suelo pélvico genera menos costo sanitario y beneficia a la salud del individuo. Se postula ejercicios enfocados en el reentrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, mencionando que el programa comienza con los individuos identificando la musculatura del suelo pélvico y concientizando la contracción y relajación de los mismo (6).

Gonzaga et al. (7) postula otra intervención como los pilates, con el objetivo de comparar la efectividad de los pilates versus los entrenamientos específicos de la musculatura del suelo pélvico buscando el grupo que mejora la función sexual, reduciendo la probabilidad del tratamiento farmacológico. De esta manera abordando dichas patologías para lograr cambios en la función como en la experiencia sexual. Según Morin et al. (8), la intervención de fisioterapia con modalidades combinadas tiene mayor efectividad que la lidocaína para reducir la percepción del dolor durante las relaciones íntimas, se manifiesta que se mantuvo una reducción del dolor tras un cierto número de sesiones de fisioterapia frente al uso de lidocaína incluse tras 6 meses del tratamiento.

El estado de salud de la mujer desde el aspecto de la sexualidad involucra el motivo de la investigación, ya que varias mujeres sufren de algún tipo de disfunción sexual; en diversos casos no son diagnosticadas y tratadas por el miedo o vergüenza que sienten las mujeres. La disfunción sexual tiene un efecto negativo en la vida diaria de las mujeres,

su pareja y familia, afectando la autoestima, imagen corporal y ansiedad sexual. La prevalencia de disfunción sexual es del 30% y 50% en mujeres sexualmente activas. Los resultados de un estudio global realizado a mujeres entre 40 a 80 años mostró la presencia de afecciones sexuales con porcentajes del 34% en el sudeste asiático, 17% en el norte de Europa y en Eslovenia el 31% (9).

El trastorno orgásmico femenino entre mujeres de 18 a 40 años se presenta en Australia, Estados Unidos, Canadá y Suecia con 16% al 25%. Se incluyen tasas de prevalencia del 0,4% al 6,6% de vaginismo y del 3% al 25% en la dispareunia, en una población general (9). En ciudades como Sao Paulo, Rio de Janeiro, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México y 11 países de América Latina, las mujeres entre 40 a 59 años presentan disfunción sexual en un porcentaje de 56,8%, mostrando como principal factor de riesgo la mala lubricación relacionada con la menopausia (10).

La disfunción sexual tiene un impacto relacionado a las características sociodemográficas, en Chile las mujeres con disfunción sexual son el 49,2 %, con edades de 40 a 64 años. Un estudio en mujeres afroamericanas colombianas reveló que presentan algún tipo de disfunción sexual con una prevalencia 38,4%. En México ya las mujeres con disfunción sexual e incontinencia urinaria son el 34%, con frecuencia de anorgasmia y factores como la edad y el estado civil, sin embargo, menos del cuarto de la población solicitó ayuda (11). En Ecuador se estudió la presencia de dispareunia por dismenorrea primaria y dolor abdominal en mujeres en edad fértil de 14 a 49 años, lo que llevaba a consecuencias negativas conductuales, sociales y sexuales, la dispareunia es un síntoma común relacionado con el síndrome del colon irritable, alteraciones en el sueño y desórdenes mentales (12).

1.1. Anatomía del suelo pélvico

Sistema esquelético. Los huesos de la pelvis están formados por el ilion, isquion, pubis y segmentos sacrococcígeos. La pelvis mayor sostiene las vísceras abdominales por el ilion y el colon. Por debajo del borde pélvico, está la pelvis verdadera o menor, es la más importante para los órganos pélvicos, los ligamentos sacroespinoso y sacrotuberoso bilaterales unen las esquinas isquiáticas con la tuberosidad isquiática brindando la estabilidad pélvica (13).

Sistema muscular. Los músculos del suelo pélvico a menudo son comparados con la forma de una hamaca que comunica el hueso pubis con el cóccix y se propaga hacia la cadera. Los músculos junto con el tejido conectivo y ligamentos proporcionan soporte a los órganos viscerales como el útero, vejiga y recto. Estos músculos están compuestos por fibras de tipo I (contracción lenta) en un 80% y un 20% por fibras musculares tipo II (contracción rápida), las fibras tipo I se encargan de la continencia y las fibras tipo II de

la continencia con presión intraabdominal, ayudan al orgasmo. Los músculos están compuestos por tres segmentos de capas, de la superficial a la profunda (14).

1.2. Incidencia de trastornos del suelo pélvico

La Disfunción del Suelo Pélvico (DSP) es considerada la patología ginecológica más común en el ámbito de salud en la población femenina. Se define como la debilidad del soporte de los tejidos que conforman el suelo pélvico como: músculos, ligamentos y nervios (15).

Arias (2) menciona una prevalencia del 25% en países desarrollados en donde la población tiene algún tipo de trastorno del suelo pélvico y del 46% en países pobres. Entre el conjunto de trastornos que afectan la funcionalidad de estas estructuras, se mencionan las disfunciones: anatómica, miccionales, sexual y dolor pélvico crónico.

1.3. Trastornos del suelo pélvico

Disfunción anatómica: Prolapso de Órganos Pélvicos (POP). Resende et al. (16) refiere que en las mujeres es la debilidad de la pared vaginal anterior, posterior y útero. Entre las causas mencionadas es la disminución tensil del ligamento pélvico u otra posibilidad es la pérdida de la fuerza del grupo muscular que sostiene los órganos pélvicos. Entre los síntomas principales que presenta la población femenina asociados al POP son: alteraciones sexuales, vaginales, vejiga, intestinales y de espalda. Al mencionar al POP se describe tres subtipos con relación a la estructura pélvica que ha descendido (17):

- El prolapso de la bóveda vaginal que incluye al útero, el cuello uterino o el ápice de la vagina.
- El cistocele.
- El rectocele.

Disfunciones miccionales: incontinencia urinaria. Es la pérdida involuntaria de orina, se describe tres subtipos:

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE): Ocurre un escape de la orina durante situaciones de alto impacto como las deportivas (18). La acción de la uretra durante las situaciones que presenten estrés es ser presionada hacia abajo en la uretra proximal desencadenando en la misma una distensión forzada afectando la zona de alta presión medio uretral, produciendo una presión en el punto de fuga abdominal dando lugar a que se escape la orina por la uretra (19).
- Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU): Se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina posteriormente acompañado de una necesidad urgente y

repentina de orinar con una prevalencia del 5% al 50% de la población mundial (20).

- **Incontinencia Urinaria Mixta (IUM):** Es la combinación entre la incontinencia de orina asociada al esfuerzo físico como con la urgencia, conlleva una mayor carga para la salud en relación con el aumento de los síntomas (21).

Dolor pélvico crónico. La prevalencia de población femenina que se ve afectada por esta patología es del 6% al 27%, puede desarrollarse como un evento primario que genera una sensación desagradable en la región pélvica o como consecuencia secundaria del POP y la incontinencia urinaria. Entre las causas que se relacionan a esta patología es la liberación sin límites de sustancias inflamatorias neurogénicas (sustancia P) que aumenta la tensión muscular y la sensación de dolor, dichos neuropéptidos disminuyen el umbral de nocicepción del dolor (22).

Disfunción Sexual (DS). Aydın et al. (23) señala que la alteración de los músculos del suelo pélvico tiene un desempeño directo con la función sexual normal, al existir problemas en la función sexual podrían estar modificadas las actividades de contracción rítmica involuntarias durante el orgasmo y la sensación vaginal durante el coito. La DS es un problema que cambia aspectos del ciclo de respuesta sexual femenina, dando lugar a la insatisfacción sexual, puede presentar síntomas secundarios como evitar la relación sexual con la pareja por el miedo a experimentar incomodidad antes, durante el coito (24).

1.4. Factores de riesgo

McCool-Myers et al. (5) describe a través de los factores que población es más susceptible sobre otra, clasificándolos en factores que induzcan riesgo, tengan poco efecto sobre la población y factores protectores. La educación sexual tiene un efecto protector porque es un factor modificable, al variar acciones se podría evitar el inicio de la DS, por otro lado, el desconocimiento de este puede transformarse en un factor de riesgo importante cuando la visión del sexo está encaminada hacia un acto netamente reproductivo, suprimiendo las necesidades y el derecho del placer sexual y, por lo tanto, aumenta la incidencia de disfunción sexual en las mujeres.

Se menciona un efecto poco claro de los anticonceptivos, en el caso de las píldoras que contienen solo progestina, manifiestan tener acciones de deterioro en la función sexual femenina por su componente principal (progestina), la cual produce efectos inhibidores sobre la conducta sexual. Por el contrario, al compararla con las mujeres que utilizan el método de **Dispositivo Intrauterino (DIU)** y las píldoras orales combinadas no hubo cambios, ni deterioro en la función sexual femenina (25).

1.5. Modelo circular de la respuesta sexual femenina

La respuesta sexual puede iniciar o no con el deseo sexual desde un estado de “neutralidad sexual”, sin embargo, al consumarse la intimidad física como respuesta del deseo que se alcanza después de interpretar en el cerebro los estímulos sexuales y transformarse en la excitación sexual. Por consiguiente, las mujeres experimentan mayor deseo y necesidad de una excitación física y subjetiva; si la experiencia sexual desencadena o no una satisfacción emocional y física generará el aumento o disminución del orgasmo. Finalmente, en la fase de resolución se desacelera el proceso de excitación, en el caso de las mujeres si se manifiestan múltiples incentivos o se busca una intimidad emocional, regresa el orgasmo rápidamente en relación de la estimulación/motivación efectiva (26).

1.6. Clasificación de la disfunción sexual

Trastorno de la Excitación Sexual Femenina (TESF). Es una patología que afecta la vida sexual de los individuos, manifestándose como la inhabilidad recurrente para alcanzar o mantener la fase de excitación hasta culminar la actividad sexual, el trastorno tiene un promedio mínimo de duración de 6 meses. Sus síntomas son el bajo interés por la actividad sexual, el placer sexual, pensamientos o fantasías (26).

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. El uso de anticonceptivos orales causa una disminución en el deseo sexual; el cerebro y los tejidos genitales son influenciados por las hormonas esteroides sexuales, existe una relación entre el deseo sexual y los niveles de andrógenos, sin embargo, se cree que el deseo sexual femenino es afectado por el cambio en los niveles de testosterona causado por la pastilla anticonceptiva, el nivel de testosterona y andrógenos disminuye. Además, la alteración en el deseo sexual se da por los cambios de humor, irritabilidad y ansiedad causados por el prostágeno, que impide la ovulación (27).

Dispareunia. La dispareunia es el dolor persistente o recurrente antes, durante o después de las relaciones sexuales, es un trastorno de dolor relacionado con la penetración génito-pélvico; en la dispareunia los músculos del suelo pélvico son hiperactivos y débiles a la vez. Las causas de la dispareunia pueden ser lesiones del suelo pélvico causado por el parto, inflamación pélvica, infecciones, cistitis, violencia sexual, depresión o alguna alteración mental. La dispareunia es una patología común entre mujeres en edades reproductivas se estima que un 54,5% de mujeres la padecen (28).

Disorgasmia. La disorgasmia es un trastorno en el cual la mujer no puede alcanzar el orgasmo, se presenta síntomas como la imposibilidad de experimentar el orgasmo o el retraso de este, miedo al fracaso, frustración en el deseo sexual o evitación del contacto sexual. Las causas recurrentes son experiencias pasadas, falta de educación sexual o el ambiente en que la mujer creció (29).

Vaginismo. El vaginismo es el espasmo involuntario persistente de la musculatura que constituye la vagina, la contracción involuntaria impide la penetración vaginal provocando una barrera en el bienestar sexual. El vaginismo impide la relación sexual y al intentar consumarla causa dolor, afectando las relaciones de pareja. Es un trastorno multifactorial, que abarca mecanismos de defensa mental ante abusos pasados, dolor causado por el primer encuentro sexual, prejuicios religiosos, falta de educación sexual, atrofia vaginal, infecciones, endometriosis, trastornos de ansiedad y depresión (30).

Vestibulodinia. Es el dolor localizado en el vestíbulo vaginal, es de tipo crónico durando más de tres meses, puede estar acompañado por irregularidades sensoriales centrales y periféricas:

- Tipo central: presenta dolor en el vestíbulo vaginal y otras partes del cuerpo, con dolor superpuesto como la fibromialgia, síndrome del intestino irritable o alteraciones en la articulación temporomandibular.
- Tipo periférico: el dolor es específico del vestíbulo vaginal (31).

Una de las causas del dolor vulvar es la falta de estrógenos lo que provoca atrofia y aumento de las fibras nerviosas sensibles, esta afección influye en la actividad diaria, las relaciones personales y el estado psicológico, por su etiología clínica heterogénea su tratamiento es variado (31).

Vulvodinia. Es el dolor de la vulva de tipo crónico, desconocido con duración mínima de 3 meses, entre la sintomatología está el escozor, irritación, ardor en la vulva y dispareunia, lo que dificulta las relaciones sexuales causando dolor, incomodidad en la vida diaria y la irritación constante de la zona; además de las molestias físicas las mujeres sufren problemas biopsicosociales principalmente con sus parejas (32).

1.7. Evaluación del suelo pélvico

Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). El FSFI muestra la condición de la función sexual femenina; consta de una puntuación de 19 a 95 en 6 grupos:

- 1- Deseo sexual: 2 ítems.
- 2- Excitación sexual: 4 ítems.
- 3- Lubricación: 4 ítems.
- 4- Orgasmo: 3 ítems
- 5- Satisfacción sexual: 3 ítems.
- 6- Dispareunia: 3 ítems (33).

Entre más alta es la puntuación mejor es la función sexual, si la puntuación es menor a 26,55 tiene disfunción sexual (33).

1.8. Cuestionario de Calidad de Vida de la Disfunción del Suelo Pélvico (PFDI-20)

Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). Es un cuestionario para evaluar las disfunciones del suelo pélvico, consta de 20 preguntas con una escala de 4 puntos. Contiene tres subescalas:

- 1- Prolapso de órganos pélvicos.
- 2- Malestar colorrectal anal.
- 3- Malestar urinario (34).

Para su evaluación los puntajes más alto indican mayor gravedad de los síntomas, no existe valores específicos para demostrar la disfunción (34).

Escala de Oxford Modificada (MOS). La MOS mide la fuerza de los músculos pélvicos, para su evaluación se le pide a la paciente que se posicione en decúbito supino con las rodillas flexionadas y las caderas en abducción, la paciente debe respirar normalmente y el examinador debe inserta el dedo índice y medio en el canal vaginal, la paciente debe contraer la musculatura al máximo apretando los dedos del examinador. Su puntuación va desde cero a cinco, siendo cinco lo máximo.

- El valor de cero es nulo.
- Uno: destellos de contracción.
- Dos: contracción débil.
- Tres: moderado con aumento de presión y poca elevación de la pared vaginal.
- Cuatro: fuerte, con presión en el dedo del examinador con poca resistencia.
- Cinco: muy fuerte, con sujeción con fuerza de los dedos con resistencia máxima (35) .

1.9. Instrumentales

El tratamiento del suelo pélvico emplea estiramientos con dilatadores vaginales, para tratar patologías como la disfunción sexual, dolor pélvico, dispareunia, vaginismo y otras afecciones del suelo pélvico. El dilatador es un dispositivo liso de forma cilíndrica que estira el canal de la vagina lo que provoca la relajación de los músculos del suelo pélvico, los factores para un buen resultado en el autotratamiento son la voluntad del paciente para estirar la musculatura pélvica, los enfoques multidisciplinarios, la educación recibida y las respuestas emocionales (36).

La disfunción sexual se relaciona con el hipertono del suelo pélvico y el trastorno del dolor en las relaciones sexuales, un tratamiento compara los efectos del biofeedback y la estimulación eléctrica en el dolor sexual, en 34 mujeres. El biofeedback electromiográfico realizó en cada sesión dos programas de trabajo o descanso y un programa continuo, para el continuo el paciente debía apretar y realizar la contracción de los músculos del suelo

pélvico por 30 segundos, en la estimulación eléctrica se usó una frecuencia de 40 Hz con un intervalo de 6 segundos en un tiempo de 10 minutos. Como resultado el biofeedback arrojó mejores resultados que la estimulación eléctrica (37).

La disfunción sexual femenina es una condición angustiosa que se relaciona con los problemas psicológico, entre los tratamientos se encuentra el dióxido de carbono (CO₂) fraccionado vaginal de tratamiento con láser, absorbe la energía del fotón que causa la regeneración de los tejidos y aumenta la circulación sanguínea, también se informó que contribuye al retroceso de la dispareunia y falta de lubricación. El grupo de mujeres que utilizaron el láser (27.5%) tuvieron mejores resultados que el grupo de los ejercicios de Kegel (9.8%) (38).

1.10. *Conservador*

La fisioterapia enfocada en el suelo pélvico es más amplia de lo que se cree; por tanto, no debe asociarse únicamente su tratamiento con la instrucción automática del ejercicio “Kegel” para todos los pacientes, sino debe ser específico con relación al tipo de disfunción muscular. Desde otro punto de vista, se busca que las mujeres concienticen la contracción de los músculos del suelo pélvico y eviten contraer nalgas, muslos o el abdomen, el tiempo promedio deseado de la contracción es de 10 segundos, si no se alcanza empezará con 5 segundos de contracción y 10 segundos de relajación aumentando gradualmente el período de contracción hasta alcanzar el tiempo máximo de 10 segundos (6).

Por otro lado, en los ejercicios de pilates se realiza la contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico en una única repetición de 10 ejercicios, dirigido a los principales grupos musculares como flexores y extensores de tronco, contra la intervención del grupo del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico que se realizó en cuatro posiciones distintas. Los efectos de estos programas en la incontinencia urinaria no demostraron mejoras significativas entre los grupos y las puntuaciones del índice de función sexual femenina (7).

El tratamiento de fisioterapia multimodal aplica técnicas manuales como el estiramiento y liberación miofascial a la musculatura de la cadera y abdominales, contra el tratamiento farmacológico de lidocaína al 5% tópica durante las noches. La eficacia de las intervenciones se mide en relación del dolor presente durante las relaciones sexuales, la función sexual y la calidad del dolor. La fisioterapia multimodal resulta más eficaz que la lidocaína reflejando una reducción del dolor manteniéndose los resultados durante los siguientes 6 meses post tratamiento (8).

Los ejercicios hipopresivos producen una activación neuromuscular en los músculos abdominales y del suelo pélvico, aumentando el tono del músculo elevador del ano; los

ejercicios hipopresivos involucran posturas corporales seguido por una exhalación completa con apnea, mientras se abre la caja torácica y se contrae el abdomen, para llevar el abdomen hacia adentro por diez segundos, así disminuye la presión intraabdominal y del suelo pélvico. Se realizaron de cinco a diez ejercicios por sesión, comparando los ejercicios hipopresivos con el grupo de entrenamiento del suelo pélvico y el grupo de entrenamiento combinado se llegó a la conclusión que los programas basados en fortalecimiento muscular e hipopresivos reducen los síntomas de la disfunción del suelo pélvico (39).

2. Metodología

La investigación es documental, dado que el proceso de recolección de información se realizó principalmente por fuentes primarias como artículos de revistas científicas, además, se seleccionó y analizó los datos hallados partiendo de otras investigaciones que mencionan la disfunción sexual y el fortalecimiento del suelo pélvico entre sus premisas. La investigación desarrollada es de tipo bibliográfico, la información se obtuvo de artículos científicos sobre la disfunción sexual femenina y los tratamientos fisioterapéuticos, que demostraron que el fortalecimiento del suelo pélvico ayuda a las mujeres a resolver los problemas de la disfunción sexual para así lograr una vida sexual placentera. Se indagó sobre la clasificación de la disfunción sexual y como cada una afecta de diferente manera al suelo pélvico y la vida sexual. Posee un enfoque cualitativo por las características que presenta los programas de ejercicios de fortalecimiento. De nivel descriptivo en donde se especificó los tratamientos de fortalecimiento del suelo pélvico en la disfunción sexual femenina. Con un método inductivo se desarrolló comenzando con puntos particulares: anatomía, trastornos e incidencia del suelo pélvico, así como factores de riesgo y la clasificación de la disfunción sexual para analizar mediante esas variables programas de fortalecimiento dirigido a mujeres con disfunción sexual. La búsqueda se basó en fuentes de información como ensayos clínicos aleatorizado en las bases de datos de PubMed, ProQuest, ScienceDirect, EBSCO, Semantic Scholar, SPRINGER LINK y Em Saúde. La investigación tuvo una cronología retrospectiva, ya que la información recopilada de los artículos científicos data del año 2017 hasta el 2023. El presente trabajo tomó en un inicio 112 artículos de las bases de datos PubMed, ProQuest, ScienceDirect, EBSCO, Semantic Scholar, SPRINGER LINK y Em Saúde, que después de pasar por la selección, filtrado y preanálisis se finalizó con una muestra de 27 artículos.

2.1. Estrategia de búsqueda

La búsqueda inició desde abril del 2024 utilizando palabras claves, además, para mejorar la búsqueda se utilizó los operadores booleanos “AND”, “OR” and “NOT”, como se muestra en la **tabla 1**.

Tabla 1. Tabla de búsqueda con operadores booleanos

Variable 1	Operador booleano	Variable 2
Female sexual dysfunction	And	Physiotherapy
Pelvic floor muscle training	And	Sexual dysfunction
Pelvic floor dysfunction	And	Pelvic floor muscle training
Sexual dysfunction	Or	Pelvic floor dysfunction
Sexual function	And	Physiotherapy treatment
Pelvic floor muscle training	Not	Women with neurological diseases
Pelvic floor muscle training	Not	Pregnancy

Criterios de Inclusión. Artículos con carácter científico entre el 2017 y el 2023, publicados en inglés, español y portugués, que cumplen con la calificación de la escala de PEDro igual o mayor a 6 y que contengan las variables de fortalecimiento del suelo pélvico, disfunción sexual y disfunción del suelo pélvico (ver **figura 1**).

Criterios de exclusión. Artículos científicos con información incompleta, anteriores al 2017, que incluyan en sus estudios: procesos de embarazo, patologías neurológicas y temas que no tengan relación a la disfunción del suelo pélvico (ver **figura 1**).

Obtención y análisis de los datos. Dos autores realizaron de forma independiente la selección de estudios, aplicando la fórmula de búsqueda, ejecutando la búsqueda por el título a través de las palabras claves, el tercero autor rechazo artículos duplicados, y para una mejor elección se realizó una lectura de resúmenes y a texto completo, eligiendo los artículos que tengan sus palabras claves y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión (ver **figura 1**).

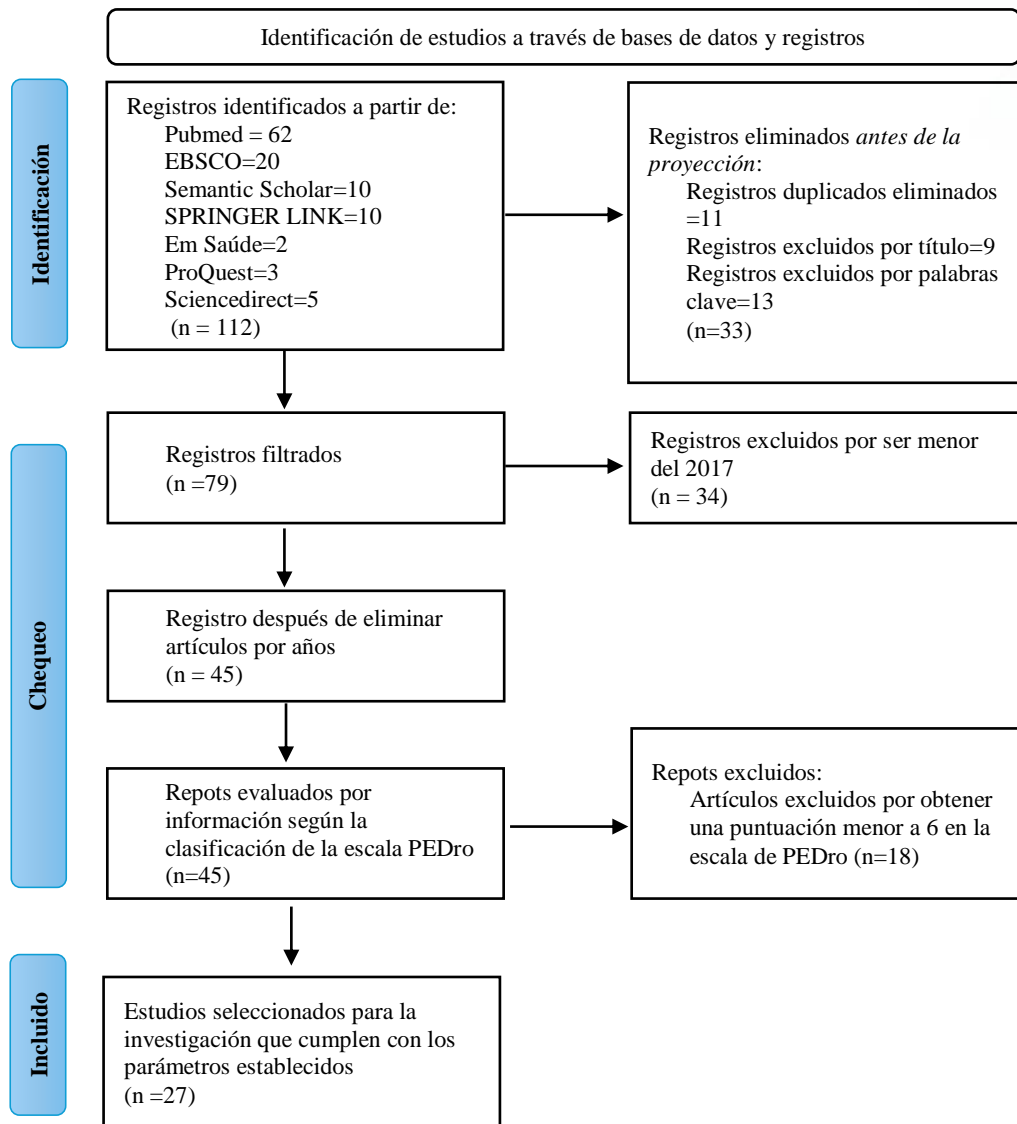


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios

3. Discusión

Según Ghaderi et al. (28) la biorretroalimentación digital mediante palpación vaginal, ejercicios graduales de los músculos del suelo pélvico (PFME), técnicas manuales intravaginales y electroterapia mostraron una disminución en el dolor y aumento en la fuerza y resistencia de los músculos, la biorretroalimentación enseña a controlar la actividad de los músculos del suelo pélvico, las técnicas manuales intravaginales y electroterapia reducen el dolor y el PFME ayuda al fortalecimiento muscular pélvico.

Según Ghani et al. (40) el suelo pélvico se fortalece entrenando sus músculos durante los aumentos de presión abdominal por lo que los ejercicios desarrollados en el gimnasio son

favorables; la fisioterapia del suelo pélvico optimizó la fuerza y movilidad al centrarse en los músculos elevadores del ano; el grupo de la fisioterapia tuvo mejores resultados en la disminución de su sintomatología.

En el estudio de Gonzaga et al. (7) no se obtuvo diferencias significativas entre los grupos de pilates y el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, no obstante, se destacó la intervención del entrenamiento de los músculos pélvicos en comparación con los pilates, esto se debe a que el entrenamiento genera una mayor conciencia de contracción en los músculos pélvicos lo que provoca mayor sensibilidad durante la relación sexual. En cuanto a los pilates, su fortalecimiento se centra en los músculos estabilizadores que trabajan en la espiración y mejora la respuesta sexual.

El estudio de Navarro-Brazález et al. (39) trabajó con tres grupos:

1. Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico
2. Hipopresivos
3. Entrenamiento combinado

Junto con educación en todos los grupos obtuvieron una mejora significativa en los síntomas, pero entre los grupos no hubo diferencia significativa en sus resultados. Los ejercicios hipopresivos estimulan los músculos del suelo pélvico sin una contracción voluntaria, sin embargo, la contracción voluntaria que se da en el entrenamiento de los músculos es mucho más efectiva. Según Molina-Torres et al. (15) en el grupo de hipopresivos se encontró un aumento en la contracción perineal después de la intervención, sin embargo, el entrenamiento de los músculos pélvicos produce un resultado similar en el aumento de la fuerza muscular.

La disfunción sexual femenina es una de las quejas más predominantes, pero poco tratadas en el contexto clínico. Hallar estudios que comparen los beneficios del tratamiento farmacológico en contraste con el tratamiento conservador son escasos. Sin embargo, se señala que la fisioterapia multimodal es más eficaz que la lidocaína en cuanto a la reducción del dolor, la angustia sexual y en la mejora de la función sexual, manteniéndose los resultados a los 6 meses de seguimiento. Después del tratamiento la satisfacción sexual del grupo de fisioterapia mejoró 79% en comparación a un 39% del grupo de lidocaína (8).

Otro tratamiento farmacológico por considerar son las inyecciones de toxina botulínica en tres puntos del elevador del ano, en comparación con la fisioterapia que utiliza técnica de pulsos eléctricos de baja energía, tampones vaginales, la respiración y la intervención de la pareja como parte del tratamiento. Los hallazgos demostraron que tuvo una mayor tasa de éxito la fisioterapia en todos los dominios de la función sexual; mientras que el grupo de toxina botulínica tuvo limitaciones en los dominios de lubricación y deseo (30).

A lo largo del estudio de Nazarpour et al. (6), demostró que el grupo que recibió instrucciones acerca de la identificación de su musculatura específica y ejercicios de la Musculatura del Suelo Pélvico (PFM) mejoraron la función sexual en mujeres posmenopáusicas en los dominios de excitación, orgasmo y la satisfacción en comparación con aquellos que recibieron solo información generalizada referente a la menopausia.

La biorretroalimentación es un procedimiento no invasivo que le permite a las mujeres con disfunción sexual aumentar los 5 dominios del FSFI, y disminuir el dominio del dolor durante y después de la penetración. Sin embargo, al comparar con la estimulación eléctrica demuestra tener la misma efectividad en cuanto a la disminución del dolor. Ambos tipos de tratamientos muestran resultados favorables en la función sexual (37).

En un programa de hipopresivos de 8 semanas, 2 veces por semana con una duración de 20 minutos. Las sesiones se llevaron en grupo de 10 a 12 participantes, se inició con el entrenamiento de patrones respiratorios, propiocepción de la caja torácica, apnea y vacío abdominal, contra el grupo de control que no realizó ejercicios se obtuvieron valores del test post intervención fueron mayores que en el grupo control, después del tratamiento se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en la contractilidad de los músculos del suelo pélvico en el grupo de ejercicios hipopresivos (15).

El uso del CO₂ fraccionado vaginal con un haz de 81 píxeles con un patrón de 11x 11 mm, con una potencia de 60 w con un tiempo de 100 µs, a la aplicación se gira 45° después de cada pulso del láser, la sesión duró 15 minutos, cada mes en un total de 3 sesiones y los ejercicios de Kegel que comienzan con una contracción de los músculos pélvicos por 3 segundos y una relajación de 3 segundos, con 10 repeticiones en cada serie, los ejercicios se realizan dos veces al día por al menos 3 días a la semana, al final de los meses 6 y 12, las puntuaciones de lubricación en el grupo laser fueron más altas que las del grupo de Kegel (38).

De los 27 artículos seleccionados, 21 muestran efectos significativos en la función sexual femenina, 2 incluyeron educación sexual en sus programas, 6 educación sobre la anatomía del suelo pélvico y 4 se apoyaron de ejercicios a domicilio, dentro de esos artículos, uno incorporó la participación de la pareja.

4. Conclusiones

- Los programas de fortalecimiento del suelo pélvico se presentan como tratamiento de la dispareunia; al tratar la disfunción sexual, se trabaja el suelo pélvico por los espasmos que se producen en los músculos como reflejo de una condición amenazante, impidiendo que las mujeres disfruten de las relaciones sexuales.

- Por ello la rehabilitación del suelo pélvico es directamente proporcional al tratamiento de la disfunción sexual. Sin embargo, la evidencia demuestra una mayor efectividad en programas de fisioterapia con enfoque multimodal dado que la intervención integra técnicas e instrumentos a favor de la salud sexual femenina, mejorando la fuerza de la musculatura pélvica y aliviando síntomas.
- Por otro lado, el fortalecimiento del suelo pélvico es el tratamiento de primera línea para la disfunción sexual, no obstante, las mujeres con síntomas graves de disfunción del suelo pélvico que se sometieron a cirugía pueden integrar el fortalecimiento del suelo pélvico a su rutina de rehabilitación. La información científica recopilada cumple con el rigor académico establecido, afirmando la efectividad de los programas de fortalecimiento del suelo pélvico; los artículos contestan al objetivo planteado en la investigación, evidenciando la eficacia de los ejercicios en la disminución de la dispareunia, así como en otros trastornos de la disfunción sexual.

5. Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con el artículo presentado.

6. Declaración de contribución de los autores

Verónica Elizabeth Calvopiña Caizahuano y Esthefanía Alexandra Rodríguez Bermeo: Conceptualización, diseño y planificación del estudio, recopilación y revisión exhaustiva de la literatura relacionada, participación en la recopilación de datos, desarrollo de la estructura del artículo y escritura del manuscrito.

Alex Daniel Barreno Gadway: Asesoramiento metodológico y supervisión general del proyecto de investigación, colaboración en la estructuración.

Silvia del Pilar Vallejo Chinche: Revisión crítica del manuscrito, análisis temático de las narrativas y contribución en la interpretación de los hallazgos y revisión final del manuscrito.

7. Costos de financiamiento

La presente investigación fue financiada en su totalidad con fondos propios de los autores.

8. Referencias Bibliográficas

1. Kershaw V, Jha S. Female sexual dysfunction. The Obstetrician & Gynaecologist [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 24(1):12–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/tog.12778>

2. Arias S. Disfunción sexual femenina por deterioro de la musculatura del suelo pélvico tras el proceso de embarazo y parto. Programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico. NPunto [Internet]. 2020 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 3(33): 79-106. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8227492>
3. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Medical Clinics of North America [Internet]. 2019 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 103(4):681-698. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008>
4. Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. American family physician [Internet]. 2021 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 103(10):597-604. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0515/p597.html>
5. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. BMC women's health [Internet]. 2018 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 18(108):1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>
6. Nazarpour S, Simbar M, Majd HA, Tehrani FR. Beneficial effects of pelvic floor muscle exercises on sexual function among postmenopausal women: a randomised clinical trial. Sex Health [Internet]. 2018 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 15(5):396-402. Disponible en: <https://www.publish.csiro.au/sh/SH17203>
7. Gonzaga S, Oliveira RG de, Paiva BRM, Domanoski NB, Dutra LL, Oliveira LC de. Pelvic floor muscle training vs. Pilates exercises on the sexual function of post-menopause women with urinary incontinence: PFMT vs. Pilates on the sexual function. Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal [Internet]. 2023 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 21. Disponible en: <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2023.21.1300>
8. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand M-H, Khalifé S, Waddell G, et al. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2021 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 224(2), 189.e1-189.e12. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)30866-8/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)30866-8/abstract)
9. Erdős C, Kelemen O, Pócs D, Horváth E, Dudás N, Papp A, et al. Female sexual dysfunction in association with sexual history, sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in Hungary. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2023

- [citado 16 de Diciembre de 2024]; 12(3):1112. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/3/1112>
10. Tserotas K, Blümel JE. Menopause research in Latin America. Climacteric [Internet]. 2019 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 22(1): 17-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1540565>
 11. Carranza-Lira S, Casillas Núñez FD. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre-and postmenopausal Mexican women. Menopause Review/Przegląd Menopauzalny [Internet]. 2018 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 17(1): 39-42. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/pm.2018.74901>
 12. Villa Rosero CY de LM, Mazin SC, Nogueira AA, Vargas-Costales JA, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, et al. Prevalence of chronic pelvic pain and primary dysmenorrhea in women of reproductive age in Ecuador. BMC Women's Health [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 22(1):363. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01948-y>
 13. Jorge JMN, Bustamante-Lopez LA. Pelvic floor anatomy. Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 7:20. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/ales-2022-06>
 14. Stein A, Sauder S, Reale J. The role of physical therapy in sexual health in men and women: evaluation and treatment. Sexual Medicine Reviews [Internet]. 2019 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 7(1): 46-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.09.003>
 15. Molina-Torres G, Moreno-Muñoz M, Rebullido TR, Castellote-Caballero Y, Bergamin M, Gobbo S, et al. The effects of an-8-week hypopressive exercise training program on urinary incontinence and pelvic floor muscle activation: A randomized controlled trial. Neurourology and Urodynamics [Internet]. 2023 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 42(2), 500-509. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36482844/>
 16. Resende APM, Bernardes BT, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Girão MJBC, et al. Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: An assessor-blinded randomized controlled trial. Neurourology and Urodynamics [Internet]. 2018 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 38(1), 171–179. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nau.23819>
 17. Aboseif C, Liu P. Pelvic organ prolapse. StatPearls Publishing [Internet]. 2024 [citado 16 de Diciembre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33085376/>

18. Luginbuehl H, Radlinger L, Lehmann C, Kuhn A, Koenig I. Intervention effects maintenance: 6-month randomized controlled trial follow-up of standard and reflexive pelvic floor muscle training. *AJOG Global Reports* [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 2(4): 100089. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100089>
19. Bergström BS. Stress urinary incontinence is caused predominantly by urethral support failure. *International Urogynecology Journal* [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 33: 523–530. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05024-1>
20. Escandiusi Avramidis R, Barbosa AMP, Thomaz de Aquino Nava G, Hikaru Nagami D, Prudencio CB, Rodrigues Pedroni C. Effect of different electrostimulation currents on female urinary incontinence: A protocol of a randomized controlled trial. *Plos one* [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 17(12): e0276722. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276722>
21. Sun Y, Liu Y, Chen H, Yan Y, Liu Z. Electroacupuncture for stress-predominant mixed urinary incontinence: a protocol for a three-armed randomised controlled trial. *BMJ open* [Internet]. 2021 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 11(1): e038452. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038452>
22. Spruijt M, Kerkhof M, Rombouts M, Brohet R, Klerkx W. Efficacy of botulinum toxin A injection in pelvic floor muscles in chronic pelvic pain patients: a study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open* [Internet]. 2023 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 13(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070705>
23. Aydın S, Arıoğlu Aydın Ç, Batmaz G, Dansuk R. Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: a randomized study. *The journal of sexual medicine* [Internet]. 2015 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 12(2): 463-469. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsm.12788>
24. Eftekhar T, Sohrabi M, Haghollahi F, Shariat M, Miri E. Comparison effect of physiotherapy with surgery on sexual function in patients with pelvic floor disorder: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* [Internet]. 2014 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 12(1): 7-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24799856/>
25. Tabal AAA, Saleh SAELA, Ibrahim D, Shahin AELHE. Effect of contraceptive methods on female sexual function. *The Egypt Journal of Hospital Medicine*

- [Internet]. 2021 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 83(1): 1582–1588. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21608/ejhm.2021.171406>
26. Parish SJ, Cottler-Casanova S, Clayton AH, McCabe MP, Coleman E, Reed GM. The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: A review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual Medicine Reviews* [Internet]. 2021 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 9(1): 36–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.05.001>
27. Lundin C, Malmborg A, Slezak J, Danielsson KG, Bixo M, Bengtsdotter H, et al. Sexual function and combined oral contraceptives: a randomised, placebo-controlled trial. *Endocrine Connections* [Internet]. 2018 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 7(11): 1208–1216. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1530/ec-18-0384>
28. 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. *International Urogynecology Journal* [Internet]. 2019 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 30:1849– 1855. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>
29. Stuparu C. Female orgasm disorder. Anorgasmia. *International Journal of Advanced Studies in Sexology* [Internet]. 2020 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 2(2): 89-93. Disponible en: https://www.sexology.ro/wp-content/uploads/2020/06/314232140_73890216_1587199722497.pdf
30. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal* [Internet]. 2019 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 30:1821– 1828. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-018-3836-7>
31. Carey ET, Geller EJ, Rapkin A, Farb D, Cutting H, Akaninwor J, et al. Rationale and design of a multicenter randomized clinical trial of vestibulodynia: understanding pathophysiology and determining appropriate treatments (vestibulodynia: UPDATE). *Annals of Medicine* [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 54(1): 2884–2896. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2022.2132531>
32. Schlaeger JM, Suarez ML, Glayzer JE, Kobak WH, Meinel M, Steffen AD, et al. Protocol for double-blind RCT of acupuncture for vulvodynia. *Contemporary*

- Clinical Trials Communications [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 30: 101029. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.conctc.2022.101029>
33. Masoumeh Rashidi AA, Valiani M, Kabir K, Khalajinia Z, Yazdkhasti M. The effectiveness of auriculotherapy on women's sexual function: A randomized controlled trial. Iranian Journal of Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 17(3). Disponible en: <https://publish.kne-publishing.com/index.php/IJPS/article/view/9726>
34. Goba GK, Legesse AY, Zelelow YB, Gebreselassie MA, Rogers RG, Kenton KS, et al. Reliability and validity of the Tigrigna version of the pelvic floor distress inventory–short form 20 (PFDI-20) and pelvic floor impact questionnaire-7 (PFIQ-7). International Urogynecology Journal [Internet]. 2019 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 30(1): 65–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-018-3583-9>
35. Mateus-Vasconcelos ECL, Brito LGO, Driusso P, Silva TD, Antônio FI, Ferreira CHJ. Effects of three interventions in facilitating voluntary pelvic floor muscle contraction in women: a randomized controlled trial. Brazilian Journal of Physical Therapy [Internet]. 2018 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 22(5): 391– 399. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.12.006>
36. Little AS. A literature review on vaginal dilator use. Proceedings in Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2023 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 12(1): 1-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17077/2154-4751.31871>
37. Aalaie B, Tavana B, Rezasoltani Z, Aalaei S, Ghaderi J, Dadarkhah A. Biofeedback versus electrical stimulation for sexual dysfunction: a randomized clinical trial. International Urogynecology Journal [Internet]. 2021 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 32:1195–1203. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04373-7>
38. Lou W, Chen F, Xu T, Fan Q, Shi H, Kang J, et al. A randomized controlled study of vaginal fractional CO2 laser therapy for female sexual dysfunction. Lasers in Medical Science [Internet]. 2022 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 37(1):359– 67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10103-021-03260-x>
39. Navarro-Brazález B, Prieto-Gómez V, Prieto-Merino D, Sánchez-Sánchez B, McLean L, Torres-Lacomba M. Effectiveness of hypopressive exercises in women with pelvic floor dysfunction: A randomised controlled trial. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2020 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 9(4): 1149. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9041149>

40. Ghani HM, Younas M, Mustafa M, Aslam M, Dastgir H, Rafique H. Effects of physical therapy on pelvic floor dysfunction among women; a randomized controlled trial: physical therapy in pelvic floor dysfunction. The Healer Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences [Internet]. 2023 [citado 16 de Diciembre de 2024]; 3(2): 368-375. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55735/hjprs.v3i2.120>



El artículo que se publica es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Anatomía Digital**.



El artículo queda en propiedad de la revista y, por tanto, su publicación parcial y/o total en otro medio tiene que ser autorizado por el director de la **Revista Anatomía Digital**.



Indexaciones

