

Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.



COMEGO

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS: TRASTORNOS DOLOROSOS SEXUALES

Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

Fecha de búsqueda de información: abril 2008

Fecha de elaboración: marzo 2008

Fecha de actualización: abril 2010

Institución responsable: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

COORDINADOR DEL GRUPO

DR. SILVERIO RODOLFO ISLAS CORTÉS

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, certificado, adscrito a la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles México. Profesor adjunto del Curso de Posgrado en la Especialidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Ángeles México.

AUTORA

DRA. MIRIAM C NEGRÍN PÉREZ

Médica cirujana especialista en Ginecología y Obstetricia, certificada. Adscrita al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal, adjunta de enseñanza de la residencia de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Ángeles del Pedregal. Miembro activo de la ISSM (International Society for Sexual Medicine).

REVISORES INTERNOS

DRA. PALOMA DE LA TORRE Y FERNÁNDEZ

Médica cirujana, especialista en Ginecología y Obstetricia, certificada por el Consejo de la Especialidad, Laparoscopista y Colposcopista.

DR. SILVERIO RODOLFO ISLAS CORTÉS

DRA. ANGÉLICA MANCILLA AMADOR

Médica cirujana, Educadora Sexual, Sexóloga clínica, terapeuta psicoanalítica.

REVISORES EXTERNOS

DR. IVÁN ARANGO DE MONTIS

Médico, psiquiatra, terapeuta sexual, maestro en Ciencias Médicas y Psicoterapia Analítica, Adscrito a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente.

Psic. SILVIA AMELIA COVIÁN VILLAR

Licenciatura clínica por la Universidad de las Américas. Educadora sexual por la Asociación Mexicana de Educación Sexual y certificada por la Asociación Mundial de Sexología. Psicoterapeuta sexual en terapia sexual individual y de pareja.

Dr. JULIO MATEOS VIZCAÍNO

Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, certificado. Profesor examinador del Consejo, profesor de Posgrado en la Universidad La Salle. Subespecialidad en Esterilidad.

Dra. ANAMELY MONROY LÓPEZ

Licenciatura en Psicología Clínica y Educativa, Maestría en Ciencias de la Familia, Doctorado en Terapia Psicoanalítica. Certificada por la Asociación Americana de Educadores, Consejeros y Terapeutas Sexuales. American University. Asesora de la Secretaría de Salud para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Revisora del libro sobre sexualidad Un futuro en libertad del Gobierno del D.F. para adolescentes de la Ciudad de México.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado. El financiamiento de la presente Guía de Práctica Clínica fue en su totalidad por el COMEGO, con el apoyo de los autores participantes.

ÍNDICE

Resumen estructurado	S530
Resumen de las recomendaciones	S530
Introducción	S531
Vaginismo	S532
Dispareunia	S534
Objetivos de la Guía	S537
Alcance de la Guía	S538
Material y métodos	S538
Resultados	S539
Anexos	S545
Referencias	S546

RESUMEN ESTRUCTURADO

Introducción: el vaginismo es la dificultad persistente o recurrente para que la mujer permita la entrada vaginal del pene o cualquier objeto, pese a que la mujer lo desee hacer. La etiología puede ser diversa, desde traumas en la infancia hasta agresiones físicas en relaciones sexuales anteriores. Hay varias opciones terapéuticas, desde relajación del piso pélvico hasta la aplicación de sustancias para bloquear el espasmo muscular. La dispareunia es el dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual. La frecuencia de dispareunia depende del grupo poblacional y de diversos factores socioculturales; sin embargo, se dice que es de 12-15% de mujeres en edad fértil y hasta 45.3- 55% en mujeres posmenopáusicas.

Objetivo: presentar el estado actual de la evidencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos dolorosos sexuales.

Material y métodos: se integró un grupo de expertos en el tema de sexualidad que por consenso eligieron las preguntas de interés relacionadas. Se establecieron las palabras clave (sexual dysfunction, physiological, sexual desire, orgasm, dyspareunia, vaginismus) y se efectuó la búsqueda en bases de datos electrónicas de las fuentes de información primaria (artículos) y secundaria (guías clínicas, metanálisis, revisiones sistemáticas) en las fuentes de Cochrane Library, PubMed, SUMSearch, TripDatabase y metabuscadores públicos, sin límite de fecha.

Resultados: las definiciones de los trastornos dolorosos sexuales (vaginismo y dispareunia) muestran dificultad para su interpretación en distintas pacientes. La evaluación clínica minuciosa y delicada es la mejor herramienta diagnóstica, toda vez que las escalas o cuestionarios de evaluación de la insatisfacción sexual carecen de validez externa. Las tasas de resultados en las distintas intervenciones terapéuticas a corto o largo plazo son variables (15-100%) e inconsistentes, de ahí que su pronóstico no pueda definirse.

Conclusiones: el conocimiento de los trastornos dolorosos de vaginismo y dispareunia está en constante cambio. Se requiere la revisión de sus definiciones, integración de los esquemas terapéuticos, validación de los resultados de interés a evaluar, estudios controlados para la evaluación de las intervenciones y educación sexual preventiva.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

1. En la secuencia diagnóstica de vaginismo debe evaluarse la posibilidad de una alteración orgánica primaria.
(Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)
2. El adecuado interrogatorio y la exploración física detallada con respecto a las creencias de la paciente son la mejor herramienta diagnóstica del vaginismo.
(Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)
3. La utilidad de las diversas intervenciones médicas está en proceso de evaluación metodológica; al momento es contradictorio el posible beneficio en las pacientes con vaginismo.
(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)
4. Las intervenciones terapéuticas basadas en cambios conductuales, terapia sexual o psicológica muestran resultados iniciales favorables, pero sin definir una ventaja clara de una respecto a otra técnica. Sin embargo, se requieren más estudios que comparan los resultados entre distintos tratamientos.
(Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación C)
5. Existe evidencia en contra de la realización rutinaria de la episiotomía y así evitar los trastornos dolorosos sexuales, entre otras complicaciones. (Nivel de evidencia IIa, Grado de recomendación B). Sin embargo, no hay suficiente evidencia que apoye esta recomendación en nuestro medio. En la opinión del Grupo de Sexualidad se considera que la episiotomía debe seguirse realizando pero con criterios clínicos definidos, hasta que no haya suficiente evidencia en nuestra población que indique lo contrario.
(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)
6. Existen diferentes escalas o cuestionarios para tamizar a las mujeres con disfunciones sexuales dolorosas; sin embargo, carecen de validación externa para demostrar su utilidad en nuestro contexto.
(Nivel de evidencia II-3, Grado de recomendación C)
7. En casos clínicos seleccionados se considera una intervención recomendable para la paciente la aplicación de cremas estrogénicas. En caso de contraindicación para uso de hormonales, pueden utilizarse sustancias lubricantes o hidratantes.
(Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación B)
8. Las intervenciones terapéuticas de estímulo del piso pélvico pueden ser una alternativa para el tratamiento de la mujer con dispareunia.
(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

INTRODUCCIÓN

El tema del dolor sexual es muy importante en la salud individual y familiar, ya que repercute en la relación de pareja.¹ Es una patología que debido a la diversidad cultural, es difícil tener información suficiente y espontánea por parte de la mujer. Por esto es necesario saber efectuar el interrogatorio y la exploración física de manera respetuosa y dirigida, de tal forma que la mujer no se sienta intimidada.

Con excepción del dolor del luto, el síntoma dolor nunca es psicogénico. El dolor tiene bases biológicas; es una señal de alerta para impedir el daño para que el cuerpo responda (esto es el dolor nociceptivo). Cuando el dolor se convierte en una enfermedad *per se*, esto es generado dentro de los centros nerviosos (dolor neuropático).²

Se utiliza una categoría general con el nombre de trastornos sexuales por dolor, que engloba tres estratos:³

1. Dispareunia
2. Vaginismo
3. Trastornos por dolor no relacionados con el coito

En los tres casos puede haber subtipos:

- a) Desde toda la vida o adquirido
- b) Generalizado *versus* situacional

La Clasificación Internacional de los Trastornos Sexuales Femeninos incluye a la dispareunia y el vaginismo como parte de la categoría de Trastornos Sexuales por dolor.⁴ Sin embargo, existen otras clasificaciones para estratificar este tipo de trastornos, como la Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10 (*World Health Organization*), el criterio de la AFUD (*International Consensus on Female Sexual Dysfunction*) y *The International Consultation on Sexual Medicine*. La más aceptada y empleada es DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría.^{3,5}

La Clasificación Internacional de los Trastornos Sexuales Femeninos incluye a la dispareunia y el vaginismo como parte de la categoría de Trastornos Sexuales por dolor.

En cuanto al origen se establecen cuatro categorías, sin embargo, se debe siempre descartar una afectación estructural o anormalidad física:⁴

- a) Orgánica
- b) Psicológica
- c) Mixta
- d) Desconocida

VAGINISMO

El vaginismo es el espasmo involuntario y recurrente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito y genera tensión o dificultad en las relaciones interpersonales.

De acuerdo con la definición incluida en el DSM IV,⁵ vaginismo es el espasmo involuntario y recurrente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito y genera tensión o dificultad en las relaciones interpersonales. Basson⁶ cuestiona la definición basada en espasmo debido a la falta de estudios que demuestren su existencia.

La prevalencia del vaginismo varía de acuerdo con la región geográfica o cultural, así como del grupo de estudio. Ocurre en 4 a 15% de las mujeres en clínicas de planificación familiar⁷ y en 8.4% de los matrimonios no consumados.⁸ Se ha visto que el dolor es debido a una gran variedad de posibles causas educativas, psicológicas y emocionales; por ejemplo, debido a represión, religión, o resentimiento hacia el hombre; así como miedo o experiencias sexuales traumáticas, como el estupro.¹ Se reconoce un aumento del tono del piso pélvico como posible componente del dolor que involucra al vaginismo. Éste se traslata con condiciones de coito doloroso (dispareunia), más notablemente con el síndrome de vestibulitis vulvar.² Muchas pacientes con vestibulitis vulvar también pueden tener vaginismo.^{6,9-11} (*Nivel de evidencia III*)

Aunque es posible que la edad de la primera relación sexual y los aspectos emocionales de esa experiencia contribuyan al funcionamiento sexual posterior, según estudios de encuesta a estudiantes universitarios en Canadá de diferente origen étnico, las comparaciones entre distintos grupos étnicos revelan que las mujeres asiáticas tienen más quejas sexuales incluida la evitación, el descontento y la no sensualidad durante el acto sexual. Entre las mujeres, las asiáticas tuvieron mayor puntuación en la escalas de vaginismo y anorgasmia. En la población global evaluada se documentó que, a mayor edad en la primera relación copular, mayores problemas sexuales en la etapa adulta incluida la menor actividad sexual, evitación sexual, y no sensualidad.¹²

Existen casos en los que las ideas preconcebidas sobre la actividad sexual pueden ser elementos participantes en el desarrollo de los trastornos dolorosos. Mediante un cuestionario se evaluaron tres grupos de mujeres con vaginismo, dispareunia y un grupo control sin quejas sexuales; las

mujeres con quejas “vaginales” exhibieron una tendencia de repugnancia a la actividad sexual.¹³

En matrimonios no consumados, las causas orgánicas muestren una prevalencia de 7.3% y vaginismo 8.4%, mientras que los factores psicológicos aparecen en 74.4% de las parejas.⁸

Clasificación

Las clasificaciones han sido múltiples, y como no hay consenso que pueda unificar a las dos entidades, continuaremos separándolas de acuerdo con la última clasificación.⁶ Es importante considerar que el dolor neuropático es una experiencia perceptiva compleja, que involucra significados psicológicos y relacionales que pueden incrementarse en forma importante con la cronicidad del dolor. (*Nivel de evidencia III*)

Los desórdenes sexuales dolorosos, dispareunia y vaginismo, son temas sensitivos, ya que el dolor involucra: carga emocional conductual, intimidad sexual y penetración vaginal. Hay mujeres que han pasado años sin ser comprendidas por no creerles o no entender la compleja etiología de su dolor sexual. Esto es lo que se tiene que entender para poder ayudar a la paciente con dolor sexual.²

La clasificación más empleada de los tipos de vaginismo en nuestro medio es la modificada de Lamont:^{6,16,25}

- Grado I. Espasmo del elevador del ano que desaparece al conversar y tranquilizar a la paciente.
- Grado II. Espasmo del elevador del ano que persiste durante el examen ginecológico, urológico o proctológico.
- Grado III. Espasmo del elevador del ano o cualquier tensión de glúteos, a cualquier tentativa de exploración ginecológica.
- Grado IV. Moderada excitación, espasmo del elevador, arqueamiento del dorsal, abducción de muslos, defensa y retracción.
- Grado V. Extrema defensa de excitación neurovegetativa con negativa a la exploración ginecológica.

En el diagnóstico de vaginismo es frecuente que haya comorbilidad de la dispareunia junto con otras disfunciones sexuales, como: pérdida del deseo, desórdenes en excitación y dificultades orgásmicas, lo que produce dispareunia crónica.¹⁶ Es muy importante que el médico evite proyectar sus propios valores y actitudes con la mujer, ya sea verbalmente o no, pues

El dolor neuropático es una experiencia perceptiva compleja, que involucra significados psicológicos y relacionales que pueden incrementarse en forma importante con la cronicidad del dolor.

puede reducir la comunicación y la sensación de aceptación por parte de la mujer o su pareja.

DISPAREUNIA

El dolor durante la experiencia sexual es siempre dato de disfunción, no hay condiciones en las que el dolor pueda considerarse normal.⁸ El dolor raramente tiene un origen exclusivamente psicológico. La relación entre los factores biológicos y psicosexuales, en la respuesta sexual femenina, resulta clara, ya que el dolor coital es el reflejo inhibidor conocido más potente de la respuesta sexual humana, desde el punto de vista físico y mental.⁴

La disparesunia se define como el dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual.

La disparesunia se define como el dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual (DMR-IV-TR);¹² sin embargo, se sugiere que debe cambiarse a dolor al intento o penetración vaginal completa.⁶ Algunos clínicos consideran que el diagnóstico de disparesunia se refiere a etiología orgánica, únicamente. Hay casos en los que se considera que son debidos a factores mixtos biológicos y psicológicos.⁶

La frecuencia de disparesunia depende del grupo poblacional y de diversos factores socioculturales; sin embargo, se acepta que entre 9.3 a 15% de mujeres en edad fértil¹⁷ y hasta 45.3% en mujeres posmenopáusicas,¹⁸ incluso hasta en 55% de éstas,¹⁹ puede identificarse el antecedente de dispaurenia.

Pueden agregarse varias causas biológicas y psicológicas al mismo tiempo o sobreagregarse en el dolor al coito con interacción dinámica fisiopatológica:²

I. Causas biológicas

- 1) Superficial-introital o medio vaginal, o ambas.
 - Infecciosas: vulvitis, vestibulitis vulvar, vaginitis, cistitis.
 - Inflamatorias: con regulación de las células mastoideas.
 - Hormonales: atrofia bulbo vaginal.
 - Anatómicas: himen fibroso, himen cribiforme, agenesia vaginal, síndrome de Rokitansky.
 - Musculares: primaria o secundaria a hiperactividad del elevador del músculo anal.
 - Iatrogénicas: mala evolución de cirugía genital o perineal, radioterapia pélvica.
 - Neurológicas: inclusive dolor neuropático.

- Inmunológicas y del tejido conectivo (síndrome de Sjögren).
- Vasculares.
- Comorbilidad con otras disfunciones sexuales que pueden originar dispareunia crónica con alteraciones en las fases de deseo, excitación y orgasmo.

2) Dispareunia profunda

- Endometriosis.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Varicocele pélvico.
- Dolor pélvico crónico y dolor referido.
- Posterior a radioterapia pélvica o endovaginal.
- Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal (ACNES).

II. Psicosexual

- Comorbilidad con alteraciones en el deseo, excitación o vaginismo.
- Violación o abuso sexual en el pasado.
- Desórdenes afectivos: depresión y ansiedad.
- Catastrofismo como principal modalidad psicológica.

III. Contexto relacionado con la pareja

- Problemas con la intimidad emocional.
- Preámbulo inadecuado.
- Conflictos de pareja: verbales, físicos o pareja sexualmente abusiva.
- Poca compatibilidad anatómica (tamaño del pene o genitales femeninos infantiles).
- Insatisfacción sexual y, consecuentemente, excitación inadecuada.

Etiología de la dispareunia

La principal causa de dispareunia en mujeres jóvenes es la vestibulitis vulvar. En mujeres en edad fértil, menores de 35 años, la vulvodinia es debida a la reacción neuroinflamatoria de los nociceptores en el vestíbulo, que son agredidos por inflamación o traumatismo.^{2,20}

La principal causa de dispareunia en mujeres jóvenes es la vestibulitis vulvar.

Los factores sociales y culturales pueden modular la percepción, expresión y comunicación de los problemas sexuales. El sentido e intención de las palabras expresadas son determinantes para poder abrir el canal de comunicación, por lo que deben usarse términos simples. Se debe

ser empático y mostrar interés en ayudar a resolver el problema; buscar y responder las dudas no verbales que puedan ser signo de incomodidad o preocupación; ser sensible al impacto de las palabras que tienen carga emocional, como violación o aborto. Si no se está seguro de la orientación sexual de su paciente, hable de su pareja en términos neutros.

La influencia de las variables cognoscitivas y emocionales en las disfunciones femeninas se ha evaluado mediante la aplicación de diversos cuestionarios (esquemas cognoscitivos activados en contexto sexual, Cuestionario de la Activación Cognoscitiva del Esquema en Creencia Sexual del Contexto (OCSASC), Cuestionario disfuncional Sexual de la Creencia (SOBO); pensamientos automáticos y emociones presentados durante la actividad sexual. Cuestionario Sexual de los Modos (SMO) y funcionamiento sexual. Índice Sexual Femenino de la Función (FSFI). Los resultados indicaron que la mayoría de las mujeres con disfunción sexual activan esquemas diversos desde la incompetencia al hacer frente a situaciones sexuales fracasadas. Además, la carencia de pensamientos eróticos y el retiro durante la actividad sexual eran también campo común en la muestra clínica. Además de estos factores comunes, los resultados demostraron que algunos factores cognoscitivos y emocionales específicos están asociados con diversas presentaciones clínicas. La creencia conservadora sexual parece estar estrechamente vinculada al deseo sexual hipoactivo y hasta cierto punto a las dificultades del despertar del deseo en esas mujeres. En relación con las emociones, el miedo era uno de los mejores predictores del vaginismo, mientras que la tristeza, desilusión, culpabilidad y la carencia del placer o satisfacción se asociaron estrechamente con el deseo sexual hipoactivo.¹³

El dolor vulvar crónico produce dispareunia, éste se presenta en 4% de adultos jóvenes y se relaciona con antecedente de infecciones, además de producir estrés en la paciente.

El dolor vulvar crónico produce dispareunia, éste se presenta en 4% de adultos jóvenes y se relaciona con antecedentes de infecciones, además de producir estrés en la paciente.^{20,21} El diagnóstico de vulvodinia se caracteriza por irritación, comezón, dolor, sensación de quemadura y dolor cortante. Si es una vulvodinia generalizada, puede atribuirse a daño del nervio pudendo (es un dolor neuropático) frecuentemente mal diagnosticado.²⁰ Se debe diferenciar de la vestibulitis vulvar, que es una reacción neuroinflamatoria de los nociceptores del vestíbulo secundario, a inflamación o traumatismo.

Se le ha atribuido al uso de anticonceptivos hormonales el efecto de probable vulvodinia y dispareunia que puede mejorar aumentando la dosis de los mismos.^{22,23} (*Nivel de evidencia III*)

La mujer hispana tiene 80% más de dolor vulvar que la caucásica y la de raza negra, según un estudio realizado en Boston²⁰ (*Nivel de evidencia*

III); no existen estudios en nuestra población para corroborar o descartar esta incidencia, aparentemente no tiene diferencias entre el grado de educación y el mismo refiere que en las personas que tienen dolor al insertarse el primer tampón son de 2.4 a 8 veces más susceptibles a padecer dolor vulvar.

La persona con dolor vulvar crónico tiene mayores concentraciones de citocinas inflamatorias, sobre todo de interleucina 1 y NTF alfa, pero puede no tener necesariamente eritema (estos marcadores se encuentran antes de la pubertad en las pacientes que tendrán este problema).²⁹

El dolor pélvico crónico también origina dispareunia, y entre más dura el dolor es más severa la dispareunia y la dismenorrea. La enfermedad pélvica inflamatoria es causa también de dispareunia, lo mismo que algunos medicamentos, como el tamoxifeno, la radioterapia, etc.²²

Debe explorarse a la paciente tratando de encontrar la triada diagnóstica de W: dolor intenso al tacto en la región vestibular de la entrada vaginal, mayor sensibilidad al tocar con hisopo en el área del introito (más frecuente a las 5 y 7 de las manecillas del reloj).¹⁰

Ante una paciente con trastornos dolorosos sexuales es conveniente que el médico explique y justifique sus preguntas y procedimientos, y oriente el cómo relajar el piso pélvico antes de cualquier examen. Debe proporcionar la seguridad de que es una persona calificada y confiable y, en caso necesario, enviarla con un médico calificado o sexólogo según se requiera. Hay que evitar hacer comentarios acerca de detalles físicos que pudieran implicar algo con respecto a su atractivo o evitar las preguntas del ámbito sexual que no sean clínicamente relevantes y justificables. Es importante poner límites en la paciente.²⁴

Para establecer un marco de referencia es conveniente señalar que los trastornos dolorosos sexuales ocurren en 0.5 a 1% de la mujer en edad fértil. No se tiene reporte en nuestro país de su prevalencia y los cambios en el tiempo conforme se ha modificado el papel del individuo, la pareja y la familia en la sociedad. Rubio y Cobián mencionan 2%;²⁵ sin embargo, debe haber un subregistro; se considera que el vaginismo es la causa más frecuente de matrimonio no consumado, este término puede llamarse también coito no consumado.^{1,26,27}

El dolor pélvico crónico también origina dispareunia, y entre más dura el dolor es más severa la dispareunia y la dismenorrea.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

- Proporcionar los criterios elementales en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las disfunciones sexuales.

- Generar las medidas de apoyo a la paciente y a su pareja para sospechar, explorar, diagnosticar, resolver o remitir adecuadamente a la paciente para una ayuda terapéutica, según sea el caso.

ALCANCE DE LA GUÍA

Esta guía es aplicable a mujeres y sus parejas con trastornos dolorosos sexuales y podrá ser consultada por el personal médico (médicos generales, familiares, gineco-obstetras, psicólogos, terapistas de pareja) que puede tener contacto con este tipo de pacientes para su apoyo en la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se integró un grupo de expertos en el tema de sexualidad, miembros del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, mismos que se organizaron en grupos de trabajo donde se incluyó el tema de esta guía. Por consenso de los expertos participantes se establecieron los temas de interés relacionados con las disfunciones sexuales, formulándose las preguntas relevantes para integrar esta guía. Se seleccionó la modalidad de pregunta clínica para poder precisar el contexto clínico aplicable a la práctica cotidiana. Se presenta en el orden de pregunta clínica, síntesis de la evidencia y el texto de la recomendación, acotando el nivel de evidencia, grado de recomendación y cita bibliográfica que lo soporta.

Todos los participantes fueron capacitados en la estrategia para la búsqueda electrónica de bases de datos, así como las jerarquías en la evaluación de la evidencia científica y principios sobre la elaboración de las Guías de Práctica Clínica para, de esta forma, unificar criterios y disminuir la variabilidad en la búsqueda de la información y su interpretación en la calidad de la evidencia científica y la adaptación al contexto local. Cada grupo de expertos definió su estrategia para la búsqueda de la información.

Se efectuó una búsqueda de información en una base electrónica (PubMed) como fuente de información primaria, se recopilaron artículos y resúmenes médicos sobre las palabras claves o MeSH de PubMed identificadas como: sexual dysfunction, physiological, sexual desire, orgasm, dyspareunia, vaginismus. Se establecieron las estrategias de búsqueda para las fuentes de información secundaria (guías de práctica clínica, metanálisis, revisiones sistemáticas), así como las fuentes de información primaria (ver estrategia de búsqueda en Anexo 2) en las bases electrónicas de datos

y literatura gris accesible, obteniéndose información en metabuscador público y continuando la búsqueda en bases de datos electrónicas. Se excluyeron los documentos que trataron los temas de parafilia o disfunción eréctil.

Modalidad de interpretación y síntesis de los datos

Se estableció la aceptación de recomendaciones por el principio de consenso entre los autores directos de las Guías de Práctica Clínica. Cuando ocurrió alguna discrepancia, se recurrió al análisis de los datos originales para la toma de decisiones. En caso de no haber coincidencia, se agregó el comentario de los autores expertos.

RESULTADOS

Preguntas estructuradas, síntesis de la evidencia y recomendaciones

¿Cuál es la estrategia adecuada para establecer el diagnóstico de vaginismo?

Se realiza iniciando con la historia clínica detallada y examen físico para descartar algún padecimiento agregado.

Se debe basar en tres variables:²

- Intensidad de la actitud fóbica (media, moderada o severa) hacia la penetración.
- Intensidad de la hipertonicidad del piso pélvico y grado, de acuerdo con Lamont.
- Problemas psicosexuales, personales o en la relación de pareja.

Idealmente, el diagnóstico de las disfunciones sexuales debe hacerse con una asesoría biopsicosocial, donde los dos miembros de la pareja se entrevistan juntos, y después individualmente; la asesoría debe investigar factores predisponentes, como: trauma sexual pasado, factores actuales que precipitan o perpetúan incluidas las relaciones interpersonales y cualquier condición médica o quirúrgica, incluidos los tratamientos farmacológicos que pueden afectar el funcionamiento sexual.²⁸

Cuando la paciente refiera que no ha podido completar la penetración o, incluso, introducirse un tampón, debe considerarse que su probable problema es vaginismo.^{14,15}

La exploración física tiene que ser muy detallada para descartar patología agregada y, en caso de vaginismo, tratar de evaluar la localización de la molestia para diferenciarla de la dispareunia, se identifica la localización del

Cuando la paciente refiera que no ha podido completar la penetración o, incluso, introducirse un tampón, debe considerarse que su probable problema es vaginismo.

dolor y el tono de la musculatura vaginal, si la molestia es siempre o solo en ciertas condiciones, o con una pareja específica. Asimismo, identificar el estado neurológico genital; en caso de dispareunia localizar el sitio y la posible causa, si es anatómico.²⁹

Recomendaciones

1. En la secuencia diagnóstica de vaginismo debe evaluarse la posibilidad de una alteración orgánica primaria.
(Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

2. El adecuado interrogatorio y la exploración física detallada con respeto a las creencias de la paciente son la mejor herramienta diagnóstica del vaginismo.

(Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

¿Cuál es el tratamiento del vaginismo?

Existen varias opciones: la educativa, con aporte de información anatómica y fisiológica; conductual, con uso de dilatadores vaginales, rehabilitación del piso pélvico para relajarlo y elongar el músculo, con herramientas como biorretroalimentación y tratamientos paliativos para disminuir el dolor y mejorar la movilidad del tejido de articulación, como parte importante del tratamiento; incluso, se ha intentado la estimulación eléctrica.³⁰ Se ha realizado la electromiografía del piso pélvico, sobre todo por terapistas físicos, en el caso de síndromes dolorosos vulvares y en el tratamiento del vaginismo.³¹

Las metas de la terapia física son:³²

- Aumentar la propriocepción y la conciencia de la actividad muscular.
- Disminuir la discriminación y aumentar la relajación muscular.
- Normalizar el tono muscular.
- Aumentar la elasticidad y la apertura vaginal, y desensibilizar las áreas dolorosas.
- Disminuir el miedo a la penetración vaginal.

La terapia ha incluido técnicas de relajación que gradualmente inserta un dilatador o el dedo dentro de la vagina (desensibilización sistémica o *flooding*); es una práctica recomendada en al menos un estudio aleatorio.³³ También se ha intentado la estimulación eléctrica o los ejercicios musculares.^{34,35} En estudios descriptivos se reporta la aplicación de toxina botulínica para disminuir el espasmo vaginal, con resultados aceptables de éxito.³⁶

En un estudio controlado, en un escaso número de participantes, se comparó el empleo combinado del dilatador vaginal de Young, junto con ejercicios musculares (Paula Garburg), comparados con la terapia de Masters y Johnson, sin haber diferencia significativa en términos de la penetración exitosa.³⁵

Recomendación

3. La utilidad de las diversas intervenciones médicas está en proceso de evaluación metodológica; al momento es contradictorio el posible beneficio en las pacientes con vaginismo.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

¿Cuál es la utilidad de las intervenciones psicológicas o conductuales en mujeres con vaginismo?

Hay muchos tratamientos que se han intentado, incluidas la terapia sexual, educación o hipnosis. Se asignaron al azar mujeres con vaginismo de por vida ($n = 117$) para recibir terapia grupal cognoscitiva del comportamiento de grupo, a biblioterapia cognoscitiva del comportamiento o a una lista de espera;³⁷ el tratamiento abarcó: educación sexual, ejercicios de relajación, exposición gradual, terapia cognoscitiva y terapia de enfoque. El 21% de los que participaron abandonaron el grupo control. El análisis de intención de tratar reveló que la cópula exitosa ocurrió en 14% de los participantes del grupo de estudio *vs* ninguno del grupo control. A los 12 meses de estudio 21% de los participantes de la terapia de grupo y 15% de los participantes con biblioterapia, respectivamente, señaló cópula exitosa. (Nivel de evidencia II-1, Grado de recomendación B)

Al explorar si el efecto de la terapia cognoscitiva conductual para el vaginismo de por vida está mediado por los cambios en el miedo a la penetración y comportamiento de evitación, situaciones en las que la terapia cognoscitiva conductual actúa directamente, se efectuó un ECCA con dos brazos, las que recibieron terapia cognoscitiva conductual y otras asignadas a lista de espera con variable de resultado primario de penetración completa del pene en la vagina. La intervención dio lugar a un aumento de la cópula exitosa y disminución del miedo al coito. El resultado (cópula) fue mediado, en parte, por los cambios en el miedo al coito y en comportamiento en la evitación. La exposición gradual dirigida a disminuir el comportamiento de evitación y el miedo a la penetración, constituyen una opción importante del cambio en el tra-

tamiento de vaginismo de por vida. (*Grado de recomendación B, nivel de evidencia II-1*). Aunque el tratamiento cognoscitivo del comportamiento del vaginismo parece eficaz, es mínimo el efecto para obtener conclusiones definitivas.³⁸

Al evaluar el índice de éxito del tratamiento basado en la terapia sexual de Masters y Johnson,³⁹ en un diseño sin asignación aleatoria, después de la terapia 93.3% de las mujeres con vaginismo fueron penetradas con éxito y 83.3% tenían cópula regular con orgasmo. Las capacidades de alcanzar orgasmo y deseo sexual no eran diferentes que entre las mujeres normales.

Recomendación

4. Las intervenciones terapéuticas basadas en cambios conductuales, terapia sexual o psicológica muestran resultados iniciales favorables, pero sin definir una ventaja clara de una respecto a otra técnica. Sin embargo, se requieren más estudios que comparen los resultados entre distintos tratamientos.

(*Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación C*)

¿Cuál es la relación entre el antecedente de episiorrafia y dispareunia?

La segunda causa de dispareunia en edad fértil es el dolor asociado con mala evolución de episiorrafia, o con resequedad vaginal secundaria a estado hipoestrogénico durante la lactancia.⁴⁰ Los reportes con respecto a la episiotomía, en comparación con los desgarros perineales secundarios que producen dispareunia secundaria, señalan la disminución en la prevalencia de dispareunia asociada. Está en proceso de evaluación si la reducción en la tasa de episiotomía disminuye también los cambios en los trastornos dolorosos, como la dispareunia. Aunque la tendencia actual es conservar el periné intacto, las intervenciones educativas y de capacitación reducen la incidencia de episiotomía. Hay autores que refieren que a lo largo del tiempo, la episiotomía y los desgarros perineales espontáneos tienen la misma evolución e inician con dispareunia al poco tiempo del posparto, pero posteriormente desaparece.^{41,42} (*Nivel de evidencia II-2*). Es decir, hay información contradictoria con prácticas locales distintas para evitar la episiotomía o realizarse de manera selectiva.^{43,48}

Las pacientes que hayan tenido algún procedimiento quirúrgico sobre el área genital deben ser exploradas minuciosamente en busca de alguna cicatriz retráctil o alguna zona específica que se detecte como dolorosa a la exploración.

Recomendación

5. Existe evidencia en contra de la realización rutinaria de la episiotomía y así evitar los trastornos dolorosos sexuales, entre otras complicaciones. (*Nivel de evidencia IIa, Grado de recomendación B*). Sin embargo, no hay suficiente evidencia que apoye esta recomendación en nuestro medio. En la opinión del Grupo de Sexualidad se considera que la episiotomía debe seguirse realizando pero con criterios clínicos definidos, hasta que no haya suficiente evidencia en nuestra población que indique lo contrario.

(*Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C*)

¿Cuál es la utilidad de las escalas o cuestionarios para identificar a mujeres con vaginismo o dispareunia?

Existen diferentes instrumentos o escalas que permiten evaluar la función sexual en la mujer. En general, todas ellas con problemas de validación interna o externa. Por ejemplo, el Índice Función Sexual Femenina (IFSF), que es una escala multidimensional para evaluar la función sexual en la mujer, en particular los trastornos dolorosos como vaginismo y dispareunia.⁴⁴ En su validación interna se muestra que el punto de corte para identificar a la mujer con disfunción sexual dolorosa es de 26.55 puntos, con sensibilidad y especificidad de 0.772 y 0.854. Otros más, como el Cuestionario de Función Sexual (SFO), están en el mismo proceso.⁴⁵

Recomendación

6. Existen diferentes escalas o cuestionarios para tamizar a las mujeres con disfunciones sexuales dolorosas; sin embargo, carecen de validación externa para demostrar su utilidad en nuestro contexto.

(*Nivel de evidencia II-3, Grado de recomendación C*)

¿Cuál es la repercusión de la dispareunia en la menopausia?

La dispareunia se ha relacionado más frecuentemente con la menopausia, enfermedad pélvica inflamatoria, abuso sexual, ansiedad y depresión, principalmente.^{47,51}

Las mujeres en la menopausia refieren hasta 53% de dispareunia, 51% esconden sus síntomas y 31% recurren a excusas para evitar las relaciones sexuales⁴⁸ (*Nivel de evidencia II-3*), la razón es la disminución de estrógenos en la vía genitourinaria,⁵² hay sequedad vaginal y consecuente atrofia y cambios histológicos, como fragmentación de la elastina, hialinización del colágeno, disminución del flujo vascular y proliferación de tejido conectivo, y modificaciones en los mecanismos de defensa vaginal, como

la disminución del espesor del epitelio y de la velocidad de maduración y descamación, con descenso de la concentración de lactobacilos y modificaciones en el pH vaginal que se torna más alcalino, con mayor tendencia a las sobreinfecciones.

La consecuencia de todo esto es que el epitelio pierde su tropismo y con ello paulatinamente desaparecen los pliegues vaginales y disminuye la capacidad de secreción. Por esto resulta más vulnerable a las infecciones y a la aparición de lesiones ante pequeños traumatismos, como los producidos durante el coito, con lo que pueden producirse fisuras, equimosis o úlceras que generan síntomas como: ardor, quemazón, sequedad o dolor,^{1,53,54} pudiendo ocurrir sangrado poscoito e incluso vaginismo.^{49,50,56}

Con la aplicación de cremas estrogénicas es frecuente que las mujeres, debido a mala información en cuanto al beneficio de los estrógenos, su rechazo sea por miedo.^{51,57} En caso de contraindicación para uso de hormonales, pueden utilizarse sustancias lubricantes o hidratantes.

Recomendación

7. En casos clínicos seleccionados se considera una intervención recomendable para la paciente la aplicación de cremas estrogénicas. En caso de contraindicación para uso de hormonales, pueden utilizarse sustancias lubricantes o hidratantes.

(Nivel de evidencia II-2, Grado de recomendación B)

¿Es útil la terapia física en el tratamiento de la dispareunia?

La musculatura del piso pélvico está inervada indirectamente por el sistema límbico y es altamente reactivo; por esto, derivado de estudios no controlados y por consenso, la terapia del piso pélvico puede ofrecer alguna alternativa.⁵² Los terapistas deben considerar la edad en el tratamiento de la dispareunia, debido a que las diferencias entre las mujeres de mayor edad difieren de las mujeres jóvenes, incluida la falta de educación en la sexualidad.⁵⁸

Recomendación

8. Las intervenciones terapéuticas de estímulo del piso pélvico pueden ser una alternativa para el tratamiento de la mujer con dispareunia.

(Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C)

Anexo 1

GLOSARIO DE DEFINICIONES OPERACIONALES

Vaginismo

El vaginismo, según el DSM-IV-TR, se define como “la dificultad persistente o recurrente para que la mujer permita la entrada vaginal del pene, un dedo o cualquier objeto, pese a que la mujer desee hacerlo”. Hay frecuentemente fobia, contracción involuntaria de los músculos pélvicos, y la anticipación o miedo a experimentar dolor. Debe descartarse alguna anormalidad física o estructural.² Esta contracción puede ser desde mínima, produciendo una sensación de estrechez o incomodidad, hasta severa, impidiendo la penetración,⁴⁻⁶ sin necesariamente haber espasmo.⁷ El síndrome se acompaña de una reacción de ansiedad, y el dolor característico de esto hace que la persona evite los intentos de penetración. Contra lo que suele pensarse, es frecuente que la mujer que tiene este síndrome pueda experimentar en forma completa los otros cambios de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo), siempre que no se intente la penetración.⁸ Se puede concretar que es un trastorno psicofisiológico.^{6,9-16} (*Nivel de evidencia III*)

Anexo 2

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia para la búsqueda fue a través de Medline, libros y sobre todo revistas de la Asociación Internacional de Medicina Sexual, de donde se obtuvieron los artículos más recientes y preponderantes sobre el tema, con conocimientos actualizados y grado de evidencia.

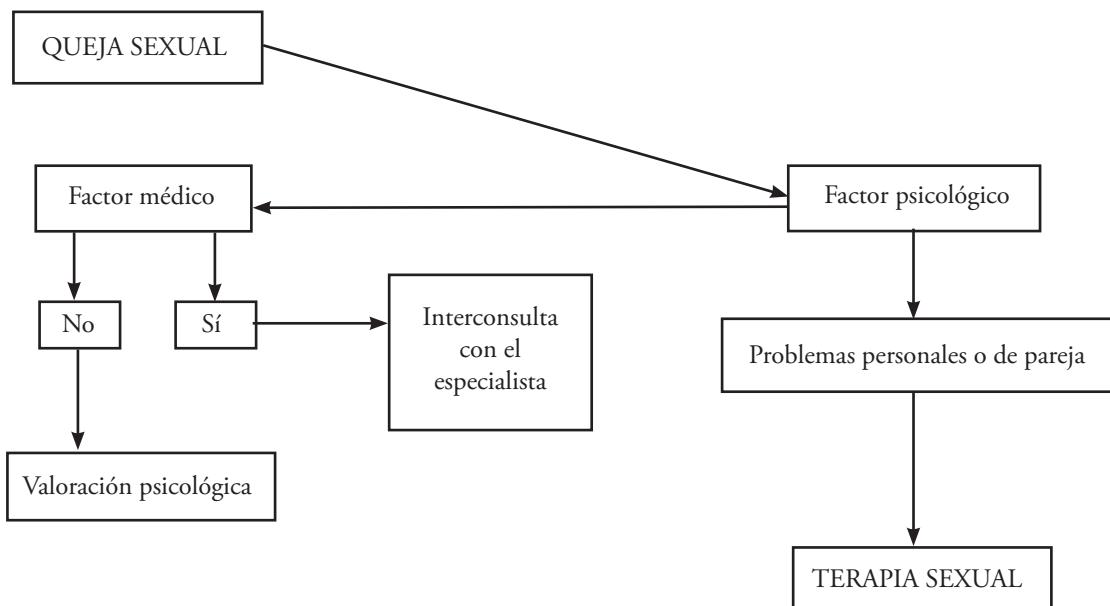
También en algunos casos entramos a la biblioteca Cochrane para leer sus conclusiones sobre algunos temas.

Metanálisis

“Vaginismus”[Mesh] OR “Dyspareunia”[Mesh] ANO (“humans”[MeSH Terms] ANO “female”[MeSH Terms] ANO Meta-Analysis[ptyp]).

Anexo 3

GRÁFICA 1

ATENCIÓN MÉDICA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS⁵⁹

REFERENCIAS

1. Cancelo-Hidalgo M, Castelo-Branco C. Trastornos por dolor. Dispareunia Femenina. Dispareunia Masculina. Vaginismo. En: Sexualidad Humana. México: Médica Panamericana, 2005;p:175-183.
2. Hstzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. J Sex Med 2007;4:241-250.
3. McCary J, McCary S y col. Disfunciones sexuales. En: Sexualidad humana de McCary. México: Manual Moderno, 1996;p:333-361.
4. Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus in standard practice in sexual medicine. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2006;p:342-350.
5. Basson R, Leiblum S, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med 2004;1:40-48.
6. Wijma B, Engman M, Wijma K. A model for critical review of literature with vaginismus as an example. J Psychosom Obstet Gynaecol 2007;28:21-36.
7. Segraves R, Balan R, Clayton A. Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunction. J Sex Med 2007;4:567-580.
8. Rubio E, Díaz MJ. Las disfunciones sexuales. En: Antología de la sexualidad humana. México: Consejo Nacional de Población, Miguel Ángel Porrúa, 1994;p:203-246.

9. Van Lankveld JJ, Breweys AM, ter Kuile MM, Weijenborg PI. Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:201-209.
10. Reissing EO, Binik YM, Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:261-274.
11. Reissing ED, Binik YM, Khalife S, et al. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav* 2004;33:5-17.
12. Wijma B, Wijma K. A cognitive behavioural treatment model of vaginismus. *Scand J Behav Ther* 1997;26:145-156.
13. Ogden J, Ward E. Help-seeking behavior in sufferers of vaginismus. *Sexual & Marital Therapy* 1995;10:23-30.
14. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 2005;31:329-340.
15. Van der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behav Res Ther* 2001;39:395-408.
16. Jacobson NS, Roberts LJ, Berns SB, McGlinchey JB. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives, *J Consult Clin Psychol* 1999;67:300-307.
17. Graziottin A. Classification, etiology, and key issues in female sexual disorders en standard practice in sexual medicine. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2006;p:305-307.
18. Yehuda I. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic. Floor rehabilitation treatment: a literature review. *J Sex Med* 2007;4:4-13.
19. Basson R. Pathophysiology of lifelong vaginismus. *Can J Hum Sex* 1995;4:183-189.
20. Har-Toov J, Miliitscher I, Lessing JB, et al. Combined vulvar vestibulitis syndrome with vaginismus: which to treat first? *J Sex Marital Ther* 2001;27:521-523.
21. Goetsch MF. Simplified surgical revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1701-1705.
22. Reissing ED, Brown C, Lord MJ, et al. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26:107-113.
23. Pukall C, Lahale M, Binik Y. Sexual pain disorders: etiologic factor. In: Goldstein I, Mestos CM, Davis, editors. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. London: Taylor & Francis, 2005.
24. Gindin LR, Rodríguez-Floccari E. Matrimonios no consumados; una entidad clínica diferente. Sociedad Argentina de Sexualidad Humana, presentado en SLAMS (Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual), 2007.
25. Lamont JA. Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol* 1978;15131:632-636.
26. Graziottin A. Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorder en standard practice in sexual medicine. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2006;p:351-361.
27. Clayton AH. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med* 2007;(Suppl. 4):260-268.
28. Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Phys* 2001;63:1535-1544.
29. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 2005;31:329-340.
30. Van del Velde J, Laan E, Everaerd W. Vaginismus a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:328-331.
31. Bergeron S, et al. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2002;28:183-192.
32. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD001760.
33. Seo JI. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology* 2005;66:77-81.
34. Ghazizdah S, Nksex M. Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstet Gynecol* 2004;104:922-925.
35. Basson R. Women' sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Can Med Assoc J* 2005;172:1227-1233.

36. Spitzer R. A more radical proposal. Dyspareunia is not a mental disorder. *Arch Sex Behav* 2005;34:34-38.
37. Harlow B, Wise SE. Prevalence and predictor of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:545-550.
38. Oskaiu, Baj N, Yalcin O. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:72-78.
39. Cumming GR, et al. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *Menopause Int* 2007;13:79-83.
40. Graziottin A. Etiology and diagnosis of coital pain. *J Endocrinol Invest* 2003;26:115-121.
41. Harlow BL, Stewart EG. A population -based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated de prevalence of vulvodynia? *Am J Med Women's Assoc* 2003;58:82-88.
42. Freidrich E. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987;32:110-114.
43. Glazener C. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:330-335.
44. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JI. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:881-890.
45. Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35(Suppl. 1):1S59-1S67.
46. Dannecher C, Hillemanns, et al. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings: follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:65.
47. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J* 1987;295:749-751.
48. Fritel X, et al. Pelvic floor disorders 4 years alter first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG* 2008;115:247-252.
49. Rubio R. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *RCOG* 2005;56:116-126.
50. Oquintero V, Mejía M, Tovar M. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? *Coloma Med* 2004;35:75-81.
51. Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvis pain: systematic review. *BMJ* 2006;7544:49-55.
52. Robinson O, Cardozo LO. The role of estrogens in female urinary tract dysfunction. *Urology* 2003;62(4 Suppl. 1):5-51.
53. Basson R. Hormones and sexuality: current complexities and future directions. *Maturitas* 2007;57:66-70.
54. Bachmann G, Leiblum S. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 2004;11:120-130.
55. Henriksson L, Stejernquis M, et al. A comparative multicenter study of the effects of continuous low-dose estradiol released from a new vaginal ring versus estriol vaginal pessaries in postmenopausal women with symptoms and signs of urogenital atrophy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:624-632.
56. Bachmann GA, Rosen R, Arnold LD, et al. Chronic vulvar and other gynecologic pain prevalence and characteristics in a self-reported survey. *J Reprod Med* 2006;51:3-9.
57. Greenstein A, et al. Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. *J Sex Med* 2007;4:1679-1683.
58. Ferda F, Vert A. Validation of the female sexual function index in women with chronic pelvis pain. *J Sex Med* 2007;4:1635-1641.
59. Delgado V. Sexualidad en la práctica médica y disfunciones sexuales. *Enlace Médico SMHAP*, 2006;p:2.