

# ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR COITAL

## TRATAMIENTO EN UN CASO DE DISPAREUNIA

HUMANIZED CARE FROM THE PERSPECTIVE OF EMERGENCY NURSE IN A HOSPITAL FROM QUILLOTA, CHILE.

CUIDADO HUMANIZADO DESDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE QUILLOTA, CHILE.

**Autora:** Gabriela Perez Nocetti (1)

Recibido: 05/09/2014

Aceptado: 30/10/2014

### RESUMEN

El presente es un estudio tipo descriptivo: presentación de un caso clínico de dispareunia.

El objetivo principal del trabajo es visibilizar un problema poco conocido pero no poco frecuente, y que tiene un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Como objetivo secundario se propone promocionar un tratamiento con un enfoque práctico y novedoso, que evita recurrir a clasificaciones simplistas y de tipo más orgánico.

Se concluye que en estos casos es beneficioso un tratamiento individualizado, respetando los tiempos de la paciente, y que tenga en cuenta factores emocionales, culturales, psicológicos, y relacionales muy complejos e individuales, ampliando el abordaje más clásico de esta patología.

**Palabras clave:** vaginismo, salud sexual, síntomas afectivos, terapéutica, disfunciones sexuales psicológicas.

### ABSTRACT

This is a descriptive study: the presentation of a clinical case of dyspareunia.

The main aim of this research is to visualize a frequent and not very well-known problem that has a big impact on the quality of life of the women who suffer it.

As a secondary objective, a novel and practical treatment, which avoids simplistic and only organic classifications, is proposed.

(1) Hospital Comarcal de Palamos, Catalunya, España.  
lucerverdeazul@yahoo.es

The conclusion is that in these cases an individualized treatment, respecting the timing of the patient, and taking into account the complex emotional, cultural, psychological and relational factors, broadening the classical approach to this pathology, is beneficial.

**Keywords:** vaginismus, saúde sexual, affective symptoms, therapeutic, sexual dysfunction psychological.

### RESUMO:

O presente é um estudo tipo descritivo: apresentação de um caso clínico de dispareunia.

O objetivo do trabalho é tornar visível um problema pouco conhecido, mas não infrequente, e com grande impacto na qualidade de vida das mulheres que o padecem.

Tem como objetivo secundário oferecer um novo e prático enfoque do tratamento, evitando a utilização de classificações simplistas, mais do tipo orgânico.

Concluiu-se que nestes casos o tratamento individualizado traz mais benefícios, respeita os tempos da paciente e atende aos fatores emocionais, culturais, psicológicos e relacionais muito complexos e individuais, ampliando a abordagem mais clássica dessa patologia.

## INTRODUCCIÓN

La dispareunia, según DSM- IV se define como una disfunción sexual que, junto con el vaginismo, se agrupa dentro de los trastornos por dolor asociados a la relación sexual. Se estima que la sufren entre 10 y 30% de las mujeres (6)(8). A pesar de esta alta prevalencia, existe poca investigación en este tema.

El principal aporte del siguiente caso clínico, radica en el hecho de que se trata por tanto de una patología en muchas ocasiones subvalorada e subdiagnosticada, que afecta a gran cantidad de mujeres, y que tiene gran impacto en su salud.

Es interesante destacar que hasta épocas recientes la salud sexual no era una parte integrante del concepto salud. Recién en el año 1987 la OMS la define como un derecho básico del ser humano.

Las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de respuesta sexual o dolor asociado a la relación sexual. Es determinante a la hora del diagnóstico de un trastorno sexual la presencia de niveles altos de malestar personal y dificultades interpersonales generadas por dicha alteración. En términos generales, la dispareunia, se refiere a la experiencia de dolor genital asociado a la relación sexual. En la forma habitual se presenta durante el coito, pudiendo aparecer al inicio de la penetración, en algún punto de la entrada de la vagina, o sentirse más profundamente. La sintomatología que presentan las mujeres que sufren este trastorno son variadas, pudiendo experimentarse como sensación de quemazón, irritación, puntadas, escozor o molestias vagas (8). La intensidad y duración de estas sensaciones son igualmente variables, abarcando desde experiencias ligeras y breves hasta persistentes y de gran intensidad. Suelen asociarse a vaginismo. La dispareunia puede ser de causa orgánica o no orgánica. Dentro de las causas orgánicas pueden encontrarse:

- Endometriosis (presencia anómala de endometrio en vagina y/o ligamentos).
- Infecciones vaginales o vulvares (vaginosis, bartolinitis).
- Vaginosis atrófica (déficit estrogénicos)

Según la localización del dolor, la dispareunia puede ser consecuencia de:

Dolor en la entrada vaginal, es el más común de una causa psicógena; vaginismo; patología del himen y/o del clítoris.

Dolor en el conducto medio vaginal, causado por, uretritis; trigonitis; cistitis; uso de diafragma; vagina corta congénita.

Dolor profundo, ocasionado por inflamación pélvica; endometriosis; retroversión fija uterina; endometritis; patología ovárica; síndrome de congestión pélvica; embarazo ectópico; hemorroides, fisuras, inflamación del recto; artritis lumbosacra, migraña, hernia discal (9).

Los problemas de dispareunia suelen afectar a las relaciones conyugales, que se viven de manera insatisfactoria y acaban

generando sentimientos de temor y malestar en ambos miembros de la pareja. En el ámbito personal la mujer con una disfunción sexual suele padecer problemas de ansiedad y depresión. Experimenta sentimientos de culpabilidad e inadecuación personal, lo que genera una baja autoestima. Así mismo, se sienten insatisfechas con su imagen corporal (10).

En general, los datos muestran que las disfunciones sexuales tienden a cronificarse, siendo improbable que se resuelvan sin ayuda específica. En ocasiones al efecto directo de la disfunción en sí, se le añade las reacciones que se producen ante sus efectos (ansiedad, preocupación, pérdida de autoestima, malestar y conflicto en la relación de pareja, etc) y que hacen más difícil su abordaje agudizando el problema. Existe también el síndrome de vestibulitis vulvar, debido a una inflamación crónica de los tejidos del vestíbulo vaginal. Las mujeres que lo padecen experimentan dolor y quemazón intensos, que en una exploración visual puede pasar inadvertida, identificándose la zona afectada al responder con dolor al ser tocada suavemente con una bola de algodón. La etiología de este síndrome es desconocida, y afecta a mujeres entre 20 y 40 años que han tenido relaciones sexuales satisfactorias hasta comenzar a padecer dolor que ha ido incrementando con el paso del tiempo (11).

Entre los variados factores que influyen en esta patología, en lo que se refiere al parto por ejemplo, se sabe que aproximadamente hasta el 70% de las mujeres podría presentar un traumatismo perineal con el parto vaginal (desgarro o episiotomía), y requerirá puntos de sutura. Este daño puede provocar dolor perineal durante semanas posteriores al parto y algunas mujeres presentan dolor a largo plazo y malestar durante el coito (1). El traumatismo perineal puede ser muy molesto y entorpecer la adaptación de la nueva madre a los cambios hormonales que acontecen en el postparto.

Una encuesta de 2000 mujeres cursando postparto realizada por The National Childbirth Trust en el Reino Unido, halló que el dolor perineal y el malestar postparto eran un problema muy angustiante para las madres y podría afectar significativamente su función y experiencia de maternidad (2). Las investigaciones en este tema son insuficientes, a pesar de que el dolor postparto es un problema relativamente frecuente. Es por esto que los profesionales de salud deben estar alertas a este tipo de disfunción, que puede tener repercusiones en la vida personal, familiar y social de la mujer (3). Por otro lado, la técnica de sutura así como el material empleado, entre otras cosas, tienen gran influencia en estos resultados; actualmente se registran grandes variaciones entre los profesionales (4). Tampoco hay actualmente suficientes estudios que demuestren la superioridad de realizar o no sutura quirúrgica en los desgarros de 1º y 2º grado, en cuanto a cicatrización y recuperación postparto (5).

Por otro lado existen estudios que muestran que la dispareunia a largo plazo post parto está relacionada más con una vivencia insatisfactoria en el parto que con el trauma perineal (6).

Cabe destacar que habitualmente el tratamiento del dolor perineal postparto se realiza con analgésicos orales, estando

actualmente cuestionado el uso del ultrasonido terapéutico para el tratamiento del dolor perineal agudo o persistente y la dispareunia (7).

Resulta interesante que desde que comenzaron a desarrollarse estudios sobre la sexualidad humana, han sido varias las propuestas taxonómicas de las disfunciones sexuales. La revisión de los distintos sistemas de clasificación propuestos, muestra que la mayoría de los mismos se sustentan en criterios específicamente fisiológicos para diagnosticar un problema, dejando fuera factores que juegan un papel fundamental en la vivencia de la sexualidad como son los aspectos cognitivos y afectivos (10).

Asimismo la creación de entidades problemáticas diferenciadas que todo sistema de clasificación propone es cuestionable en un campo tan amplio como la sexualidad. Por esto, en ciertos casos resulta difícil separar un trastorno de excitación de uno de deseo u orgasmo, teniendo que asignar a una misma persona varias disfunciones a la vez. Por otro lado, en el caso de dispareunia el motivo que provocó el dolor en un principio podría desaparecer, como se verá en el caso presentado, pero la paciente ha aprendido a esperar ese dolor y se ha generado el temor a la relación sexual, mayor tensión, con lo cual se amplía el problema, generándose un círculo vicioso en que la mujer (y su pareja) se sienten atrapados.

La desinformación, las actitudes negativas y los tabúes que permanecen en algunas culturas en relación a la sexualidad (en general y en particular la femenina), y el desconocimiento del propio cuerpo especialmente sus propios genitales son factores que influyen en la evolución de estas disfunciones, y que se deberían tener en cuenta en su enfoque (11).

Para la OMS el consejo sexual es un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo.

Con la presentación de este caso, podemos ver que el tratamiento propuesto, la evolución y resultados obtenidos demuestran que el tratamiento de este tipo de disfunciones debe realizarse de forma individualizada, y teniendo en cuenta los factores emocionales, culturales, psicológicos, relacionales, complejos e individuales, que hacen que el abordaje deba ampliarse, respetando los tiempos de la paciente.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 35 años de edad, de profesión comercial, derivada por su ginecólogo con el diagnóstico de dispareunia. Como antecedentes personales presenta grupo sanguíneo O Rh positivo, con índice de masa corporal normal. En relación a los hábitos, realiza dieta variada, no consume sustancias tóxicas ni toma medicación en forma habitual y practicó regularmente deporte de impacto antes del parto (step). Actualmente ha comenzado a realizar gimnasia hipopresiva. Respecto al tránsito digestivo presenta estreñimiento ocasional por el que no ha consultado nunca, sin hemorroides

ni incontinencia. Con respecto al tránsito urinario no refiere incontinencia. Como antecedentes quirúrgicos es portadora de prótesis mamaria bilateral desde el año 1999. Desde el punto de vista gineco-obstétrico: 1031 (paridad, sigla que quiere decir en este caso: 1 parto de término, 0 de pretérmino, 3 abortos y 1 hijo vivo actualmente). Antecedente interrupción voluntaria de embarazo a las 9 semanas, y un aborto a las 11 semanas con diagnóstico de síndrome de Turner. Estudio de trombofilias normal. Parto eutócico a término tras embarazo de evolución normal, bien controlado y tolerado. Se realiza biopsia de corion por antecedentes, resultando normal. No realiza preparación para el parto ni masaje perineal durante el embarazo.

Ingresa en trabajo de parto en fase activa. Utiliza analgesia peridural. Duración del trabajo de parto de 7 hs. Duración del periodo expulsivo de 2 horas y 50 minutos que se produce en la posición semi sentada con reposa talones, se realiza protección manual de periné. No se realiza episiotomía. Alumbramiento espontáneo y completo a los 10 minutos. Bebe sexo femenino, peso: 3970, Test de Apgar: 9/10/10, que realiza contacto piel con piel inmediato pero con interrupciones. Se produce un desgarro en periné posterior tipo II, que se sutura con ácido poliglicólico sintético absorbible a mediano plazo 1/0 y 2 /0, presentando edema severo. En puerperio cursa una anemia severa que le produce cuadro de astenia tratada con hierro por vía oral y por vía endo venosa. Durante el postparto se sintió angustiada, con dificultades en la relación materno-filial y con la lactancia materna, dejando de amamantar a las tres semanas de nacido su hijo. Es dada de alta a las 48 horas con analgésicos y sulfato ferroso. A la semana consulta por dolor perineal a la defecación. Presenta dehiscencia de la cicatriz e infección por lo que realiza tratamiento antibiótico, anti infamatorio vía oral y tópicos. Se produce cicatrización por segunda intención. A los dos meses es vista por cirujano que diagnostica fisura anal y hemorroides tratándola con nitroglicerina tópica.

Actualmente es derivada por su ginecólogo por dolor en las relaciones sexuales y cicatriz de perineorrafia asimétrica. Desde el parto refiere haber intentado tener relaciones sexuales en una oportunidad experimentando dolor superficial y desde entonces tener mucho miedo que la bloquee ante cualquier acercamiento de su pareja. Los detalles de la anamnesis, así como del examen y tratamiento se irán exponiendo en el desarrollo por sesiones. El examen físico realizado por el ginecólogo que deriva a la paciente está informado como normal. Descartadas las patologías orgánicas por el ginecólogo tratante, el examen físico se irá realizando según lo permita la paciente y según evolución, en el transcurso de las sesiones.

## Tratamiento y evolución

Régimen de tratamiento: se plantean realizar sesiones semanales, en un número aproximado de cinco sesiones, que variará de acuerdo a la evolución y necesidades de la paciente.

**1ª sesión.** La paciente se presenta muy angustiada, llorando, comenta su vivencia del parto sobre todo del postparto que refiere haber vivido con mucho dolor, angustia, decaimiento y

agobio. Explica que no puede tener relaciones sexuales, aunque ella y su pareja lo desean. Tiene miedo al dolor y siente que su vulva y vagina “son feas”. Refiere haberlo intentado en una ocasión y con la penetración presentar dolor superficial teniendo que dejarlo; sentía deseo sexual pero se encontraba muy tensa. A partir de ahí, el miedo a repetir la experiencia dolorosa hace que evite cualquier contacto poniéndose muy tensa y ansiosa frente a esta posibilidad. Asimismo expresa no poderse mirar al espejo desde el parto y mucho menos tocar sus genitales. Relata tener muy buena relación con su marido, diciendo que la apoya mucho “le tiene mucha paciencia”, pero que tiene miedo que con tanto tiempo en esta situación se “canse de ella”.

Tracto Urinario: no presenta incontinencia ni otros síntomas. Tránsito Digestivo: no presenta incontinencias. Tiene estreñimiento habitualmente.

Intervención: empatía, desculpabilización y refuerzo positivo. Se le tranquiliza y explica que lo que le pasa tiene solución y que parece muy positivo el hecho que reconozca su problema, lo pueda expresar y haya buscado ayuda.

Se informa la forma de trabajar y la utilidad que en algún momento de la terapia se le realice un examen intra vaginal. Se propone que entre el profesional y ella se realizará un plan de tratamiento que en ningún momento será rígido sino que estará abierto a lo que vaya surgiendo, según sus necesidades y la evolución. Se manifiesta también la necesidad que ella misma adquiera un compromiso con la recuperación de su salud. Se habla de los hábitos miccionales y defecatorios. Relata la realización de valsas en apnea en cada defecación. Se aconseja medidas higiénico-dietéticas para tratar el estreñimiento.

Se sugiere que piense en su hogar, qué objetivos quiere plantearse para este tratamiento y se propone el ejercicio durante la semana de intentar tomar consciencia de las sensaciones y/o emociones que percibe en su suelo pélvico en las siguientes situaciones de la vida cotidiana: caminar, correr, reírse, estornudar, toser, coger a su bebé en brazos, subir una escalera, cantar. Estando de acuerdo la señora se retira agradecida e ilusionada.

## 2ª sesión

Describe que sigue angustiada, sobre todo por el hecho de que no ha podido darle de mamar a su hija. Se comenta su caso de ingurgitación mamaria a los tres días mal resuelto que derivó en mastitis con intenso dolor e interrupción de la lactancia. Se desculpabiliza. La señora se tranquiliza pero refiere haber tomado la decisión de no tener más hijos. Ambas, terapeuta y usuaria acuerdan en este tratamiento intentar dejar de sentirse mal consigo misma y con la bebé. Se estipula por escrito el objetivo principal del tratamiento. Se aconseja escribirlo en positivo: *“El objetivo de mi tratamiento es llegar a sentirme bien conmigo misma, con mi bebé y mi pareja.”*

De común acuerdo, se plantean los siguientes objetivos:

- Conocer más su cuerpo y en particular su suelo pélvico.
- Desbloquear articulaciones y músculos que pudieran estar implicados en su dificultad actual.
- Desbloquear diafragma para una respiración libre y expresión de las emociones.
- Lograr percepción positiva de su musculatura perineal y genitalidad.
- Recuperar el placer sexual.

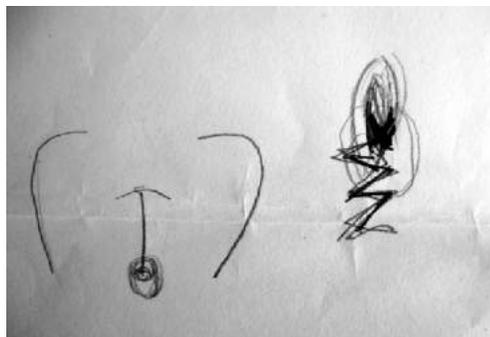
Para ello, se plantea un trabajo propioceptivo y de movimiento y, cuando se sienta preparada incluir valoración mediante tacto vaginal para trabajo más específico. En cuanto al ejercicio propuesto en la sesión anterior la señora expresa que no percibe absolutamente ninguna sensación en su suelo pélvico. Se realiza valoración postural: en la marcha presenta la mirada baja y cabeza dirigida hacia delante.

Valoración frontal: en rasgos generales bien centrada, apoyo de los pies con discreta rotación externa. Respiración superficial irregular, hombros algo encogidos hacia delante. Pelvis simétrica. Valoración lateral: algo acentuada la lordosis lumbar, y cabeza anteriorizada, (compensando la lordosis lumbar) hombros hacia delante. Valoración posterior: discreta escoliosis que refiere ser asintomático. Test de flexión en bipedestación: presenta iliaco izquierdo bloqueado.

Se trabaja la propiocepción de la pelvis de la siguiente manera:

Antes de comenzar los ejercicios se le aconseja que dibuje su propia pelvis según la perciba. Materiales: hoja lisa blanca y colores varios. Al observar el resultado de la figura 1, comenta la percepción de “una zona oscura”, en contracción, asociada a sensaciones desagradables.

Figura 1.



Se aclara que estas percepciones van a ir modificándose en el transcurso del tratamiento, y que sería interesante realizar otros dibujos a medida que vaya avanzando. Está de acuerdo y se le ve motivada.

Ejercicios: se realiza técnica de desbloqueo de articulación sacro-ílica según técnica de inducción mio fascial sacro ílica profunda en plano transverso.

Ejercicios de propiocepción: palpación de los puntos referentes de la pelvis en maqueta y luego en su propio cuerpo: crestas ílicas, pubis, sacro-coxis, espina iliaca ántero superior, espina iliaca pósterio superior e isquiones.

Percepción en el suelo de los isquiones, la distancia entre ellos y el movimiento. Se practica la percepción sobre colchoneta y con/sin pelota pequeña de las distintas referencias pélvicas.

Respiración: presenta bloqueo diafragmática a predominio de-recho.

Se realiza técnica de desbloqueo diafragmático manual; ejercicios de respiración abdominal, torácica y completa profunda; ejercicios de coordinación con la respiración y elongación de columna; movimientos de las articulaciones, con y sin pelota de esferodinamia; movimientos de la pelvis en anteversión (se lleva la pelvis y los ílicos hacia atrás o adelante tomando como referencia las espinas ílicas ántero superiores ); y retroversión. Además, se enseñan a ubicar la pelvis neutra en bipedestación, sedestación y decúbito. Se muestra un diagrama de los diferentes músculos perineales explicando los puntos de inserción, periné superficial y profundo. Se sugiere tomarse el tiempo para realizar estos ejercicios, y agregar la percepción de los músculos del suelo pélvico, intentando percibir su movimiento contracción/relajación.

### **3ª sesión:**

La usuaria llega muy animada. Se la observa motivada y contenta. Comenta que su pareja también está motivado con el trabajo que está haciendo. Se habla de la sexualidad sin penetración, el mito cultural de la sexualidad coito-centrista. La importancia de las caricias y la relajación, la generación de un ambiente tranquilo y sin prisas, y la importancia de respetar sus tiempos. Comentamos las fases de la respuesta sexual femenina y las diferencias entre la respuesta fisiológica masculina y femenina. Se propone que indague en general, en las cosas que le sirven para relajarse y sentir placer, y a aprender a utilizar técnicas de relajación como la respiración, masaje y música. Se realizan técnicas profundas de desbloqueo miofascial plano transverso a nivel lumbar. Se comienza a trabajar con los músculos de suelo pélvico. Se planifica una valoración clínica para la próxima sesión. Además se trabajan ejercicios de propiocepción de la musculatura superficial y profunda en diferentes posiciones facilitadoras y de mayor dificultad. También la percepción con y sin balón pequeño y con diferentes texturas (bolsa de arena, de semillas pequeñas y grandes, esponja, colchoneta, suelo). Se trabajan posturas para reconocer y evitar las contracciones de musculatura parásita (aductores, glúteos, abdominales). Se recomienda que en su hogar realice estos ejercicios e intente sentarse en un lugar íntimo y relajado y en una postura cómoda visualizar con un espejo su zona perineal.

### **4ª sesión:**

Se continúa con los ejercicios de movilidad pélvica. Refiere no estar segura de poder contraer bien la zona perineal. Durante el examen perineal, previamente se realiza visualización por parte de la paciente con un espejo de sus genitales externos. A la inspección se observa genitales con coloración y humedad normales, y asimetría de los labios menores. Cicatriz de desgarró a la hora 7 (para ubicar el lugar exacto de la lesión imaginamos una esfera del reloj y lo ubicamos en ella). Distancia ano vulvar de 2.5cm. Presenta introito entreabierto ++/+++ . No se visualizan prolapsos ni fugas espontáneas. En cuanto al esfínter anal, no se visualizan asimetrías, hemorroides, ni bostezo anal. Se solicita una maniobra de contracción y no se percibe movimiento, ni inversión de orden. Presencia de contracciones parásitas +++ . Se solicita maniobra de esfuerzo y se visualiza abombamiento vulvar importante sin prolapsos ni fugas. Clítoris con movilidad normal. Reflejo bulbo cavernoso +. Palpación de NFCP (núcleo fibroso central de periné): discreta hipotonía.

Exploración intracavitaria indolora, se realizan ejercicios de relajación dirigida y visualización. Vagina de temperatura y humedad normales de capacidad y elasticidad normales. Reflejo miotático positivo. Se palpan asimetrías en vagina, en zona posterior, con dos puntos de fibrosis no dolorosas en horquilla. Uretra móvil e indolora. Cervix posterior formado, cerrado e indoloro. Fondos de saco libres e indoloros. Palpación bimanual: útero en anteversoflexión indoloro a la palpación. Ampolla rectal ocupada. Test de elevadores: Oxford: 4/5. Presencia de contracciones parásitas: Aductores ++/+++ . Glúteos ++/+++ . Abdominales -/+++ . Realiza apnea en la contracción. Músculo obturador interno: se palpa asimetría con aumento de tensión y molestias a derecha. Tacto Rectal: normotenso (en un ángulo de 90º). Cóccix indoloro. Automatismo presente. Ampolla rectal distendida con materia fecal. Se pide un ejercicio hipopresivo tal y como lo realiza habitualmente: lo realiza de manera incorrecta, aumentando la presión abdominal.

Se realiza bio feedback digital de la contracción muscular perineal corrigiendo los músculos parásitos. Se realizan contracciones rápidas y mantenidas. Se enfatiza en la relajación. Se enseña contracción protectora entre esfuerzos en la vida diaria. Se corrige la metodología de ejercicios hipopresivos y se explica la importancia de asegurarse de realizarlos correctamente.

### **5ª sesión:**

Se encuentra muy motivada porque refiere haber retomado relaciones sexuales sin dolor, con leves molestias al comienzo que ceden progresivamente, aunque sin haber alcanzado el orgasmo. Se realiza masaje cyriax en la cicatriz. Se instruye en la técnica de masaje perineal. Se recomienda realizarlo periódicamente sola o con la pareja. Refiere estar muy motivada con los ejercicios aprendidos y se compromete a la realización de los mismos en su domicilio. Se decide alta y control en unos meses, o previamente si surgiera algún inconveniente.

### En síntesis se considera que los fenómenos abordados en esta intervención se han focalizado en:

Psicoeducación, rehabilitación de hábitos, focalización sensorial (biofeedback, propiocepción, masoterapia), autoestimulación dirigida, entrenamiento muscular vaginal, y técnicas de relajación.

Por otro lado, teniendo en cuenta que las estructuras óseas de la pelvis, los ligamentos, el tejido conjuntivo como el arco tendinoso de la fascia de la pelvis, la musculatura del suelo pélvico y los órganos pélvicos tienen entre ellos una influencia mutua, de manera que una dolencia en una parte, puede provocar dolencias en otras partes del suelo pélvico, y puede conducir a problemas de salud funcionales, se realizaron las técnicas de tratamiento manuales como las técnicas de desbloqueo diafragmático, o de inducción miofascial.

La alta prevalencia de los trastornos sexuales, y su repercusión en la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su familia hacen que la formación de los profesionales en el diagnóstico y tratamiento de los mismos resulte imprescindible (9).

La fisioterapia está considerada a menudo como el tratamiento de primera elección en este tipo de disfunciones, dado su carácter no invasivo y los resultados en términos de alivio de los síntomas, la posibilidad de combinar fisioterapia con otros tratamientos, el bajo riesgo/ausencia de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo.

En este tratamiento, se incluyeron todos estos aspectos, abordándolos en el transcurso de las sesiones sin haber planteado una pauta estricta sino adaptándolos según evolución y aceptación/demanda de la paciente.

Entre las limitaciones importantes para alcanzar el éxito en el tratamiento están la motivación y la perseverancia tanto del paciente como del terapeuta y el tiempo que hay que emplear para llevar a cabo los procesos (12). En este caso, la paciente se encontraba muy motivada, con lo cual ha seguido el tratamiento propuesto. Dado que la sexualidad es un pilar básico en la formación de la pareja y familia, diversos autores concuerdan en la importancia del apoyo de la dupla, situación que ha beneficiado a esta usuaria (13, 14,15).

Se ha de destacar también que en el abordaje de las disfunciones sexuales son necesarias, y se han utilizado, ciertas habilidades de comunicación como la empatía, escucha activa, utilización de un lenguaje adecuado, así como la generación de un espacio de intimidad y confianza suficientes para establecerse una relación terapéutica efectiva (12).

### CONSIDERACIONES FINALES

Hasta épocas recientes la salud sexual no era una parte integrante de la salud. Recién en el año 1987 la OMS la define como un derecho básico del ser humano.

Según la OMS La salud sexual es definida como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. En nuestro caso, además del malestar físico, (dolor /imposibilidad de mantener relaciones sexuales) la paciente presentaba una afectación emocional y mental con repercusión en sus relaciones sociales y conyugales.

Habiendo descartado desde el comienzo la patología orgánica (por examen diagnóstico de su ginecólogo), se ha enfocado el tratamiento en los aspectos descriptos, obteniendo paulatinamente resultados positivos para la paciente, que llevaron al restablecimiento de las relaciones sexuales.

Ante las demandas sobre salud sexual que nos presentan los pacientes, el objetivo debería ser que no se quede ninguno por atender, ya sea a nivel de asistencia primaria o derivando a un especialista. Asimismo, para generar promoción y prevención primaria de salud sexual, se han de generar contextos favorecedores de la comunicación entre profesionales y pacientes, algo que la OMS denomina “escenarios promotores de salud” (16).

La bibliografía existente en relación a las disfunciones sexuales es aún escasa, y de gran variabilidad, por lo que sería oportuno realizar más investigaciones al respecto.

Cabe destacar la implicación de la pareja en el logro de los objetivos propuestos en esta terapéutica.

Es primordial que las políticas de salud tomen en cuenta la generación de espacios para la promoción, prevención y tratamiento de la salud sexual y reproductiva.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Dooley N, Hoesni S, Tan T, Carey M. A survey of the prevalence of persistent pain after vaginal delivery: a pilot study, *Ir J Med Sci.* [Internet]. 2012 [acceso 17 de mayo 2014] 182 (1): 69-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22588581>
- 2) Greenshields W, Hulme HA. survey of women's experiences and midwives practices. En: Oliver S. ed. *The perineum in childbirth.* London: National Childbirth Trust, 1993.
- 3) Abdool Z, Thakar R, Sultan AH Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet], 2009 [acceso 29 de mayo 2014]; 145 (2):133-7. Disponible en: [http://www.repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/11094/Abdool\\_Postpartum\(2009\).pdf?sequence=1](http://www.repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/11094/Abdool_Postpartum(2009).pdf?sequence=1)
- 4) Kettle C, Dowswell T, Ismail K. Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado. *Cochrane Database of Syst. Rev.* [Internet]. 2010 [acceso 1 de mayo 2012]; 16 (6). Disponible en: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD000006.pdf>
- 5) Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A. Van Driel M. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (review). *The Cochrane*

ne Collaboration. [Internet]. 2011 [acceso 28 de junio 2011]; 8 : 1-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833968>

6) Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: Does delivery play a role? Prog Urol. [Internet]. 2012 [acceso 21 de marzo 2012]; 22(4):225-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22516785>

7) Hay-Smith EJC. Ultrasonido terapéutico para el dolor perineal y la dispareunia postparto (review). The Cochrane Collaboration. [Internet]. 2008 [acceso 10 diciembre 2011] ; (4). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000495>

8) Carrasco MJ. Disfunciones sexuales femeninas. Guías de intervención en Psicología clínica. Madrid: Síntesis. 2001.

9) Alcoba S L, Valls García- Giralda L, San Martin Blanco C.. Atención primaria de calidad: guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. [Internet]. Madrid: International Marketing & Communications; 2004 [acceso mayo 2012 año]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_sexo.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf)

10) Blas-Robledo M, Madera PL, Pérez MM, Tobalina UN, Valtierra-Pérez A. La sexualidad femenina al año del parto eutócico: comparativa entre partos con y sin episiotomía, Evidentia. [Internet]. 2011 [acceso 10 diciembre de 2014] 8 (34):4. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4657798>

11) Borg C, de Jong PJ, Schultz WW. Vaginismus and dyspareunia: Automatic vs. deliberate disgust responsivity. J Sex Med. 2010; 7(6): 2149-57. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01800.x

12) Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. Actas Urol Esp. [Internet]. 2006. [acceso 10 de diciembre 2011] 30 (2): 110-123. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13143928&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=292&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=292v30n02a13143928pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13143928&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=292&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=292v30n02a13143928pdf001.pdf)

13) Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. New York: Little, Brown and Company; 1970.

14) Aloni R, Heruti R. Ethical issues concerning surrogate assisted sex therapy. Harefuah. [Internet]. 2009; 148 (9):615-9, 656, 657.

15) Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. [Internet]. 2009 [acceso 10 diciembre 2011]; (1) :S33-43 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19440781>

16) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. [Internet] Ottawa: OMS; 1986 [acceso 10 diciembre 2011]. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/1986-OttawaCharter-SP%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/1986-OttawaCharter-SP%20(1).pdf)