

Revista Cubana de Urología

La importancia del fisioterapeuta pélvico en las disfunciones sexuales femeninas

Cristiane Carboni, Renata Schwartzman, Patrícia Viana da Rosa

Servicio de Fisioterapia Hospitalar Hospital Mãe de Deus. Porto Alegre, Rio Grande do sul- Brasil.

RESUMEN

Las disfunciones sexuales femeninas traen serios problemas de calidad de vida para las mujeres y son un tabú entre la población. Por vergüenza y desconocimiento de ambos, terapeuta y paciente, este tema fue poco abordado por mucho tiempo pero ahora resurge con profesionales más preparados para hacer frente a este problema como los fisioterapeutas especializados en suelo pélvico. A partir de esto, este artículo de revisión ha buscado mostrar la importancia del Fisioterapeuta Pélvico en la resolución y mejora de calidad de vida y salud en mujeres con disfunciones sexuales.

Palabras Clave: Disfunciones sexuales, Fisioterapeuta Pélvico, Mujeres.

ABSTRACT

Female sexual dysfunctions brought serious problems of quality of life for women and are a taboo among the population. For shame and ignorance of both therapist and patient, this subject was little addressed for a long time but now reappears with professionals better prepared to deal with this problem as physical therapists specializing in pelvic floor. The aim of this review is to show the importance of pelvic physiotherapy in the resolution and quality improvement of life and health in women with sexual dysfunction.

Key Words: Sexual dysfunctions, Pelvic floor Physical Therapist, Women.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, los aspectos intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Presenta decisiva importancia en el derecho a la información y el placer.¹

El tratamiento de las disfunciones sexuales (DS) tiene gran importancia; se convirtió en un tema multidisciplinar, donde las fuerzas se centran en estimular a los pacientes para hacer frente a este problema y dar una solución a cada caso.

El fisioterapeuta pélvico emerge con fuerza en este equipo multidisciplinario por ser un profesional calificado en la prevención y tratamiento de todo tipo de trastornos funcionales de la región pélvica.² Para las mujeres, la prevalencia de niveles bajos manifiestos de interés sexual varía entre 17 % y 55 %. Bajos niveles manifiestos de aumento del deseo sexual con la edad, con aproximadamente el 10% de las mujeres hasta la edad de 49 años que tiene un bajo nivel de deseo, la prevalencia se duplica a 22 % en los de 50-65 años y de nuevo doblando al 47 % en de 66 de 74 años de edad. En general, los problemas de excitación y la lubricación son frecuentes en 8-15 %, aunque tres estudios han informado de esto en un nivel más alto de 21-28 % en las mujeres sexualmente activas.³

La función sexual, a su vez, ha sido recontextualizado como un proceso cíclico que enfatiza factores sociales, aspectos psicológicos, hormonales, biológicos y ambientales. La disfunción sexual es una enfermedad compleja que afecta a mujeres de todas las edades.⁴

Más de una causa de disfunción puede estar presente y puede haber interdependencia entre los trastornos. El conocimiento científico acerca de la disfunción sexual (DS) está en evolución continua, que refleja los esfuerzos para mejorar nuestra comprensión de la complejidad del ciclo sexual femenino. Entre las categorías están: El trastorno del deseo sexual (trastorno del deseo sexual hipoactivo: la ausencia de fantasías sexuales, pensamientos y/o deseo). El desorden de aversión sexual (aversión fóbica al contacto sexual con una pareja sexual). El trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual femenina: incapacidad para lograr y/o mantener la excitación sexual suficiente). Esta definición de trastorno sexual de la excitación reconoce que existe una amplia gama de reacciones físicas y/o subjetivas que pueden caracterizar la excitación sexual

femenina. El trastorno orgasmo sexual (trastorno del orgasmo femenino: retraso o ausencia de alcanzar el orgasmo después de una estimulación suficiente a la excitación sexual). El trastorno de dolor sexual (dispareunia: dolor genital asociado con las relaciones sexuales; vaginismo: espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la penetración vaginal).⁵

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y el bienestar social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad o disfunción.⁶ Se ha encontrado que más del 30% de las mujeres con trastornos del suelo pélvico pueden ser incapaces de contraer el periné a su primera consulta. Por lo tanto, la instrucción individual y el feedback de la tentativa de contracción es importante.⁷ El principal objetivo de la fisioterapia es la rehabilitación del suelo pélvico por: aumentar el conocimiento y la propiocepción de la musculatura; la mejora de la discriminación muscular y la relajación muscular; normalizar el tono muscular; aumentar la elasticidad de los tejidos en la abertura vaginal, así como desensibilizar el área dolorosa; disminuir el miedo de la penetración vaginal. Estos objetivos se logran a través de la educación, el biofeedback, la terapia manual y las técnicas de inserción, así como la electro-estimulación.⁸

Los fisioterapeutas utilizan varias técnicas de estiramiento miofascial para facilitar la relajación muscular, mejorar la circulación sanguínea y la movilidad en la región pelvipereineal, ajuste de los desequilibrios posturales, así como el aumento de la abertura vaginal y desensibilizar la zona.⁹ Partiendo de clases expositivas, con imágenes y analogías para facilitar el aprendizaje hasta la realización de los ejercicios tanto de percepción corporal cuanto de contracciones o perineales además de la técnicas de relajación. El escape de orina puede tener un efecto dramático en la calidad de la vida sexual femenina y puede conducir a la completa abandono de la actividad sexual en una alta proporción de casos.¹⁰

El fisioterapeuta pélvico emerge como un profesional revolucionario, pues está altamente preparado para hacer frente a cuestiones que no suelen ser tratadas dentro de la clínica tanto por el terapeuta cuanto por el paciente. Él está presente para plantear estas preguntas y aportar soluciones a la promoción de una mayor calidad de vida satisfactoria. Esta revisión bibliográfica se dedicó al recogimiento de datos sobre factores relacionados con DS y calidad de vida sexual frente a los beneficios de la reeducación pélvica y la importancia del fisioterapeuta pélvico adentro de este equipo multidisciplinar para el combate de este problema.

MÉTODOS

Para realización de artículo y fundamentar la discusión de esta revisión bibliográfica fueron utilizados artículos de las bases de datos Lilac (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud) Medline (Literatura Internacional en Ciencias de la Salud) Pubmed y Medscape entre Febrero y Mayo de 2013. Fueron utilizadas las palabras sexual, disfunciones, calidad de vida e fisioterapia, luego seleccionados por opción metodológica de las autoras según el tipo de objeto de estudio. Se utilizaron estudios publicados en idiomas portugués, español e inglés.

Los resultados de la búsqueda electrónica fueron evaluados y seleccionados con la finalidad de obtener artículos relevantes, así como excluir los de menor importancia académica. Para la búsqueda de los artículos completos fueron utilizados los servicios de la Biblioteca de la Universidad de Barcelona (UB) y en la Scientific Electronic Library Online (SciELO). El proceso de evaluación crítica fue realizado posterior a la lectura de los trabajos completos.

DESARROLLO

La experiencia de las autoras con la evaluación inicial de la disfunción sexual femenina es que esta es la clave para más tarde tratamiento de estas pacientes.

La evaluación integral de fisioterapia incluye: anamnesis, evaluación postural y muscular, la observación de la marcha y los patrones de movimiento, evaluación de fuerza muscular y resistencia, de la movilidad de las articulaciones y los tejidos blandos.

Evaluación del suelo pélvico se centra en la función, el equilibrio, la movilidad, y la integridad de los componentes del tejido musculares, fasciales, y conectivo. Los músculos del suelo pélvico se palpan a la capacidad para contraer, capacidad para relajarse, opresión y puntos gatillos.

Las pruebas de fuerza muscular del suelo pélvico se llevan a cabo a través de la evaluación subjetiva de la fuerza de contracción sentido alrededor del dedo de palpación, la presencia de una ascensión perceptible del dedo de palpación, el número de contracciones realizadas, y la duración de las contracciones. ¹¹

El examen inicial en sí está diseñado "terapéuticamente", con intenciones de diagnóstico. No es realizado como el examen de rutina de Papanicolaou. Se hace mucho más lento, y la mujer participa activamente en el proceso. El profesional explica las funciones de las diversas partes de la vagina y luego la lleva a través de variaciones en un ejercicio del suelo pélvico.¹²

Los profesionales más habilitados son los fisioterapeutas pélvicos para el tratamiento con el biofeedback en las disfunciones sexuales. El biofeedback es una terapia adjunta física que podría ser útil en el tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. El biofeedback se define como el uso de un instrumento o dispositivo para grabar una señal biológica generada por la contracción del suelo pélvico que devuelve la información a las mujeres en forma visual o auditiva. Rectal vaginal, y dispositivos de biofeedback perineales varían considerablemente.¹³ Debe ser ofrecido al paciente un tratamiento individualizado a la medida, en la que ella se siente aceptada y comprendida. Al evaluar los músculos del suelo pélvico, se puede producir una contracción involuntaria durante el examen pélvico debido a la ansiedad y el miedo al dolor, engañando al examinador falsamente para diagnosticar hipertonía de los músculos del suelo pélvico. Esto se puede evitar mediante la explicación del examen al paciente e instruir a que se relaje sus músculos abdominales, lo que interfiere con la contracción voluntaria de los músculos pélvicos.¹⁴

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) es una técnica que permite a un neuromodulación mediante un estímulo eléctrico. Se muestra que la TENS puede ser útil de manera significativa en la curación del dolor genital (respuesta positiva de 70% aproximadamente), pero es esencial para utilizar los parámetros de estimulación adecuado y validado.¹⁵ Además, la estimulación eléctrica de baja frecuencia induce la liberación local de agentes analgésicos que contribuyen al mejora en el umbral del dolor.¹⁶ En consecuencia, podemos anticipar que la electroterapia podría ser utilizada como un método de tratamiento para trastornos de dolor sexual tales como dispareunia o vaginismo. Además, el efecto puede ser el resultado no sólo de mejor eficiencia contráctil, sino también progresiva desensibilización al dolor.¹⁷

El Cono vaginal es un entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, a través de la contratación de los tipos de fibras musculares de Tipo I y II, y puede ayudar a los pacientes a tomar conciencia de la acción muscular perineal, con el siguiente aumento de la fuerza.¹⁸

Los ejercicios de contracción muscular del suelo pélvico juegan un papel importante en la respuesta del orgasmo femenino.¹⁹ Además, la fuerza de los músculos del suelo

pélvico probablemente afecta a la posición anatómica del tejido eréctil del clítoris con consecuencias a la estimulación sexual.²⁰ El entrenamiento muscular, cambia la morfología del músculo mediante el aumento de diámetro de sección transversal, también mejora la función neuromuscular por activación de las neuronas motoras y su frecuencia de excitación. También hay mejoría del dolor sexual y la lubricación después del entrenamiento.²¹

Modalidades de fisioterapia para el dolor pélvico crónico incluyen masajes, ultrasonido, y la liberación miofascial. Los terapeutas pueden realizar trabajo tejido blando intravaginal, así como el estiramiento manual, aunque estas técnicas son más beneficiosas en la presencia de puntos gatillo, bandas, o contracturas. Herramientas de masaje permiten auto-tratamiento en el hogar de manera más frecuente. En algunos casos, el ejercicio terapéutico puede corregir los desequilibrios músculo-esqueléticos, y la estimulación neuromuscular se utiliza para aliviar el espasmo persistente.²²

CONCLUSIÓN

La fisioterapia pélvica, que incluye una combinación de técnicas prácticas, ejercicios, terapia conductual, biofeedback, electroterapia y las modalidades de calor. Aunque los problemas tales como el efecto en la relación, y disminución de la libido o excitación se abordan mejor en terapia sexual, fisioterapeutas se encuentran en una posición única para proporcionar un tratamiento para superar la ansiedad relacionada con la penetración vaginal. Los fisioterapeutas pélvicos deben ser considerados como miembros vitales del equipo interdisciplinario en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Catálogos de indicadores de salud. Ginebra: Oms, 1996.
2. Berghmans B. El papel Del Fisioterapeuta pélvico. Actas Urol Esp 2006; 30(2):110-122. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021048060673412X>

3. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED et al. Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2010;7(4):1598-1607. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x/pdf>
4. Frank J, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician*. 2008;77(5):635-42. Disponible en:
<http://ww.w.ginecoweb.com/PDF/Disfuncion%20sexual%202008.pdf>
5. Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R. The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World J Urol*. 2002; 20(2):74-78. Disponible en:
<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00345-002-0272-5.pdf>
6. Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thakar R, Kammerer-Doak DN, Pauls RN et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J*. 2013; 24(7):1091-1103.
7. Bø K, Mørkved S. Editoriales. Evidence based physicaltherapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier, Churchill Livingstone, 2007.
8. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 2005;31(4):329-340. Disponible en:
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00926230590950235#.UfXDHr65ddg>
9. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physicaltherapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med* 2008;5(3):513-23.
10. R. Botlero, D. M. Urquhart, S. R. Davis, and R. J. Bell, "Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues," *Inter J Urol*.2008; 15(3):230-234. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2042.2007.01976.x/pdf>
11. Bø K, Finckenhagen HB. Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(10):883-7.

12. Cacchioni T, Wolkowitz C. Treating women's sexual difficulties: the body work of sexual therapy. *Sociology of Health & Illness* 2011;33(2):266-279.
13. Herderschee R, Hay-Smith EJ, Herbison G, Roovers J, Heineman M. Feedback or Biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: shortened version of a Cochrane systematic review. *Neurol and Urod* 2013;32(4):325-329. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.22329/pdf>
14. Kerstin S, Bohm-Stark N, Petersen CD, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard Operating Procedures for Female Genital Sexual Pain. *J Sex Med* 2013;10(1):83-93. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2012.02867.x/pdf>
15. Murina F, Bianco V, Radici G. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115(9): 1165-70. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.01803.x/pdf>
16. Buckett WR. Peripheral stimulation in mice induces short-duration analgesia preventable by naloxone. *Eur J Pharmacol* 1979; 15(2): 169 -78. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0014299979900098>
17. Nappi RE, Ferdeghini F, Abbiati I, Vercesi C, Farina C, Polatti F. Electrical stimulation in the management of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 29(1): 103-110, 2003.
18. Gameiro MO, Moreira EH, Gameiro FO, Moreno JC, Padovani CR, Amaro JL. Vaginal weight cone versus assisted pelvic floor muscle training in the treatment of female urinary incontinence. A prospective, single-blind, randomized trial. *Int Urogynecol J* 2010;21(4):395-99. Disponible en:
<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00192-009-1059-7.pdf>
19. . Achdari C, Dwyer P. Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2005;19(6):993-1008. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693405001112>
20. Helstrom L, Nilsson B (2005) Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet*

Gynecol Scand 2005;84(1):79-84. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-6349.2005.00668.x/pdf>

21. . Ghezzi F, Serati M, Cromi A, Uccella S, Triacca P, Bolis P. Impact of tension-free vaginal tape on sexual function: results of a prospective study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006;17(1):54-59. Disponible en:

<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00192-005-1342-1.pdf>

22. FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, et al; Urological Pelvic Pain Collaborative Research Network. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physicaltherapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. J Urol. 2009;182(2):570-580. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534709009318>

Recibido: 29-nov-2012

Aprobado: 29-jul-2013

Correspondencia: *Cristiani Carboni* Servicio Servicio de Fisioterapia Hospitalar Hospital Mãe de Deus. Porto Alegre, Rio Grande do sul- Brasil. **Correo:** criscarboni@hotmail.com