

Dispareunia

Fecha de la última revisión: 26/10/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se origina? Dolor genito-pélvico](#)
3. [Dispareunia femenina](#)
4. [Dispareunia masculina](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

La dispareunia es el dolor recurrente o persistente que aparece durante las relaciones sexuales y que puede alterar en gran medida la salud, relaciones sociales y calidad de vida de las pacientes.

Es un concepto extraordinariamente complejo que engloba tanto una disfunción sexual (componente psíquico), como una enfermedad orgánica ginecológica (componente físico y fisiológico), lo que dificulta la realización de estudios.

La Organización Mundial de la Salud realizó una revisión sistemática determinando entre un 8-22% la prevalencia de la **dispareunia femenina** (Latthe P, 2006). Existen dos picos de incidencia, uno entre los 20 y 29 años y otro en la menopausia, pudiendo llegar a alcanzar en algunos estudios hasta un 39,5%.

La prevalencia de la **dispareunia masculina** es menor, entre un 1-5%.

¿Cómo se origina? Dolor genito-pélvico

(Garrido RH, 2013)

La fisiopatología de la dispareunia es compleja, y en ella intervienen los distintos mecanismos de transmisión del dolor, tanto la vía somática como la vía visceral. Existen distintos sistemas nerviosos y fibras neuronales que transmiten el estímulo nociceptivo a nivel genito-pélvico, somático y visceral:

- Las fibras A-delta (mielinizadas) conducen el dolor de una forma aguda e inmediata.
- Las fibras C (sin mielina) transmiten el estímulo doloroso más lento y duradero con un tono más difuso, y son responsables del dolor crónico.

El dolor pélvico crónico posee además un componente neuropático, puesto que asocia cambios en el sistema nervioso central que mantienen la sensación de dolor en ausencia de un daño agudo. A ello se suman los fenómenos de alodinia (estímulos no dolorosos que se perciben dolorosos), hiperalgesia y una actividad eferente anormal responsable de cambios funcionales y estructurales genito-pélvicos. Éstos condicionan algunos de los cambios psicológicos asociados, que a su vez modifican los mecanismos del dolor. Se cierra así un “círculo vicioso” de dolor complejo y multifactorial que no resulta fácil abordar, mucho menos tratar de forma efectiva.

Se ha visto, además, una relación entre el dolor pélvico crónico, síndrome del colon irritable, síndrome de fatiga crónica y fibromialgia (Hellstrom WJG, 2014).

Dispareunia femenina

¿Cómo se clasifica?

Tabla 1. Clasificación del trastorno de dolor genito-pélvico. (Seehusen DA, 2014; Bornstein J, 2016)	
Por el momento de inicio	Primaria: tras el primer encuentro sexual.
	Secundaria: tras un periodo de relaciones sexuales no dolorosas.
Por la duración	Generalizada: con todas las parejas sexuales.
	Situacional: con alguna pareja.
Por la localización del dolor	Superficial: • Vulvodinia (generalizada o localizada). • Vestibulitis vulvar (dolor neuropático). • Vaginismo. • Vaginitis: ◦ Irritativa por inadecuada lubricación. ◦ Infecciosa (candidiasis, herpes, etc). ◦ Atrófica (menopausia). • Uretritis. Divertículo uretral. • Dermatitis (eccema, liquen escleroso y liquen plano). • Síndrome miofascial (MPPS).
	Profunda (dolor pélvico crónico):

	• Endometriosis. Endometritis. • Enfermedad inflamatoria pélvica. • Síndrome de congestión pélvica. • Patología anexial. Miomas uterinos. • Retroversión uterina. Prolapso uterino. • Patología vesical (cistitis, cistitis intersticial). • Postparto. • Neoplasias.
--	---

La **dispareunia** puede conducir o estar asociada a otras **disfunciones sexuales** por lo que *se valorará como tal una vez descartadas causas orgánicas potencialmente responsables de la clínica*.

El concepto de disfunción sexual ha sido revisado con la publicación del DSM-V, así como los trastornos que engloba (American Psychiatric Association, 2013):

- Disfunción eréctil.
- Trastornos de la eyaculación.
- Deseo hipoactivo.
- Alteración de la excitación.
- Alteración del orgasmo femenino.
- Retraso de la eyaculación.
- Disfunción provocada por fármacos.
- **Trastorno de dolor/penetración genito-pélvica**, el nuevo término empleado para la combinación **dispareunia** (dolor) y **vaginismo** (espasmos involuntarios de la musculatura vaginal) aumentando la validez del diagnóstico y evitando un frecuente solapamiento de estos trastornos (Sandín B, 2013).

Tabla 2. Criterios diagnósticos en el DSM-V para el trastorno de dolor genito-pélvico/penetración: 302.76 (F52.6). (American Psychiatric Association, 2013)
A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes: 1. Penetración vaginal durante las relaciones. 2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración. 3. Marcado temor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal. 4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.
B. Los síntomas han persistido durante unos seis meses como mínimo con una frecuencia del 75-100% de los intentos sexuales.
C. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej. violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.
Especificar si el trastorno es de por vida o adquirido y la intensidad de los síntomas.

¿Cómo evaluamos y diagnosticamos a las pacientes?

(Toquero F, 2004; Grazziotin A, 2009; Seehusen DA, 2014)

Para comenzar la evaluación de una paciente con dispareunia podemos comenzar con dos preguntas:

- “¿Eres sexualmente activa?”
- “¿Estás satisfecha o tienes alguna preocupación o problema en tu sexualidad que quieras comentar?”

Es esencial la realización de una **historia clínica** que recoja:

- Antecedentes médicos.
- Historia ginecológica: antecedentes como vulvovaginitis, cáncer o enfermedad pélvica inflamatoria crónica (EPI) que puede aumentar el riesgo hasta 10 veces. También se debe registrar la historia menstrual (regularidad y volumen de las menstruaciones) y la historia reproductiva de la paciente.
- Medicación pautaada: la influencia hormonal de los anticonceptivos hormonales ha sido identificada como la causa más frecuente de dispareunia en mujeres premenopáusicas. También la medicación psicotrópica está implicada como causa de hipoactividad sexual.

Tabla 3. Fármacos que pueden producir alteraciones sexuales por efectos secundarios. (Toquero F, 2004; Infac, 2013)			
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)	Inhibidores de la monoaminoxidasa	Bloqueantes de los receptores de histamina H2
Esteroides	Betabloqueantes	Antipsicóticos	Diuréticos
Digoxina	Anticonvulsionantes	Benzodiacepinas (BZD)	Alfabloqueantes
Anticonceptivos orales estrógeno-gestágeno	Inyección de acetato de medroxiprogesterona	Tamoxifeno	Inhibidores de la aromatasa
Quimioterápicos clásicos	Agonistas y antagonistas de los liberadores de gonadotropinas	Inmunosupresores	Antibióticos
Antihistamínicos	Anticolinérgicos	Antidepresivos	Bromocriptina
Antihipertensivos	Espermicidas		

Evaluación psicológica y psiquiátrica:

- Valores religiosos y culturales.
- Conocimientos acerca del sexo, características de su relación de pareja, experiencias sexuales previas, historia de abusos sexuales, alteraciones de la percepción de la imagen corporal.
- Antecedentes de traumas, existencia de estrés, ansiedad (aumenta el riesgo 3 veces) o depresión (aumenta el riesgo hasta 8 veces) y otros trastornos psiquiátricos.
- Abuso de sustancias.

Historia sexual. Es importante recoger:

- Localización, intensidad y duración del dolor.
- Circunstancias sexuales o no sexuales en las que aparece el dolor.
- Cambios realizados en el acto sexual para evitar el dolor.
- Grado de excitación que experimenta la paciente durante el acto sexual, tanto a nivel subjetivo como el grado de lubricación.
- La motivación y expectativas que presenta ante el tratamiento.
- Relación y salud del compañero sexual.

Después se debe realizar una **exploración física** (Seehusen DA, 2014):

Su finalidad es descartar patología ginecológica o alteración anatómica como causante del dolor. Se debe realizar una exploración **sistemática**:

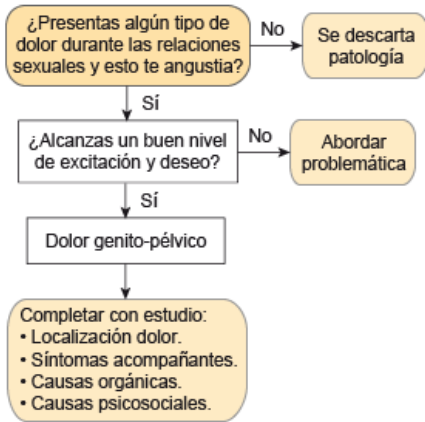
Comenzamos por el **abdomen** para determinar si existe algún área que sea punto gatillo del dolor. Las pacientes con dolor persistente y puntos gatillo pueden presentar el llamado síndrome miofascial pélvico (MPPS).

Continuamos por el área **genital**: iniciando por labios mayores, clítoris, región perineal e intralabial las cuales deben palparse. En el examen vulvar hay que descartar entre otras patologías las erosiones por candida, ulceraciones, infecciones de transmisión sexual, reacciones locales a fármacos u otras patologías en mujeres premenopáusicas como pueden ser el liquen simple o crónico o el eccema vulvar. La hipertrofia de labios menores puede ser un impedimento para el acto sexual con irritación local secundaria y dispareunia.

Posteriormente se debe realizar una exploración de vagina bimanual y con espéculo. En la exploración vaginal se deben descartar patologías como causantes del dolor, retroversión uterina, masas sugestivas de leiomiomas o patología anexial, nódulos sugestivos de endometriosis, fijación de órganos pélvicos por adherencias secundarias a endometriosis, EPI.

Pruebas complementarias a realizar en una paciente con dispareunia:

- Exudado vaginal: para descartar una infección como causa.
- Analítica de sangre: valorar la necesidad de solicitar niveles de estradiol, testosterona total, testosterona libre, albúmina, FSH, prolactina, tiroides y control diabetes. Una disminución de estradiol es frecuente en mujeres con vestibulodinia o atrofia vaginal.
- Biopsia: de lesiones sugestivas de malignidad.
- Colposcopia: no recomendada de forma rutinaria.
- Prueba de imagen pélvica (ecografía, TAC) en mujeres con importante dispareunia en las que no se haya etiología previa o en masas pélvicas.



Algoritmo diagnóstico del dolor genito-pélvico

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la dispareunia debe estar enfocado al diagnóstico etiológico. Es necesaria la combinación de estrategias terapéuticas en la práctica clínica y seguir fomentando el abordaje de la salud sexual en atención primaria, normalizando los problemas sexuales, actuando con naturalidad ante los mismos y promoviendo una comunicación fluida con el paciente sobre todas las áreas de su salud y bienestar que resultan esenciales, como lo es su salud sexual (SEMERGEN, 2017).

Hemos de destacar la importancia de la **atrofia vulvovaginal (AVVP)**, denominada actualmente **síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)**. Término más completo que incluye la atrofia vaginal, clínica urinaria, alteración de la sexualidad y de la calidad de vida. Sus síntomas preponderantes son sequedad vaginal y dispareunia, produciendo alteraciones en la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo), disfunción del suelo pélvico y sintomatología urinaria (disuria, urgencia e infecciones recurrentes del tracto urinario) con una enorme prevalencia poblacional (50%) (Portman DJ, 2014).

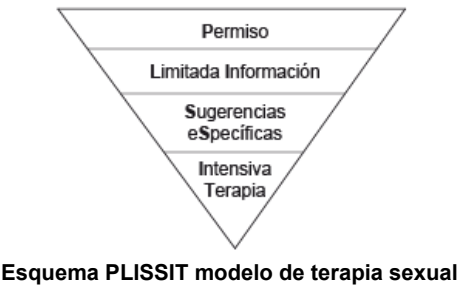
Existen múltiples tratamientos sintomáticos y terapias entre los cuales encontramos:

Terapia sexual: consiste en la educación o reeducación sexual de la paciente si es la **disfunción sexual** la causante de la misma y que incluya:

- El abordaje de la salud y sexualidad de la pareja.
- Determinar la motivación y objetivos terapéuticos.
- Realización de psicoterapia individual, que incluya autocuidado corporal, ejercicios y relajación.

Los pasos básicos de toda terapia sexual los desarrolla el esquema PLISSIT (Annon JS, 1976):

Los primeros tres niveles pueden ser abordados por un educador sexual o un terapeuta no especialista, ya que prima fundamentalmente la actitud positiva del operador hacia la sexualidad, lo que desinhibe al consultante. En cambio, el cuarto nivel requiere de la intervención de un especialista en sexología clínica que utilice técnicas y estrategias psicoterapéuticas y sexológicas.

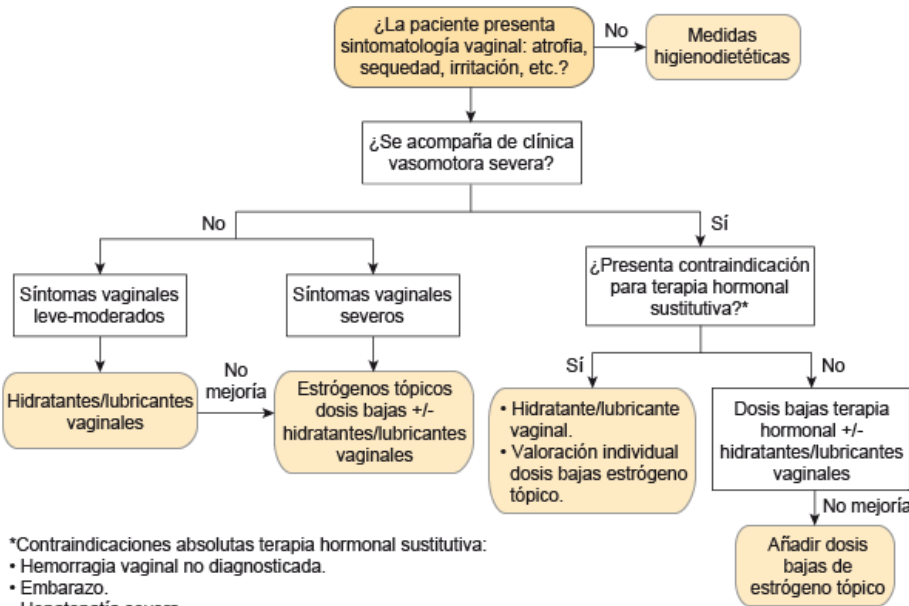


Tratamiento farmacológico: fármacos utilizados en la dispareunia (evidencia IIC), AINEs, **gabapentina**, **pregabalina**, IRSNs (**duloxetina**), antidepresivos tricíclicos, BZD, relajantes musculares, anticolinérgicos.

El **ospemifeno** (evidencia IA), uno de los últimos fármacos comercializados, es un modulador selectivo del receptor de estrógeno (SERM) que ejerce selectivamente los efectos agonistas sobre el tejido vaginal. Disminuye el pH y la sequedad vaginal, aumenta la maduración de la mucosa vaginal, reduciendo el dolor con las relaciones sexuales. Está indicado en el tratamiento de la *atrofia vulvovaginal sintomática* grave en mujeres postmenopáusicas que no son candidatas a tratamiento local vaginal con estrógenos (Gass MLS, 2013; Palacios S, 2016).

Tratamientos tópicos vaginales (AEEM, 2014; Palacios S, 2012; Lethaby A, 2016; Gass MLS, 2013):

- **Lubricantes vaginales** (evidencia IIB): la falta de lubricación vaginal puede ser origen, pero también puede ser consecuencia de la dispareunia por la inhibición de la excitación como consecuencia del dolor. Reducen la fricción asociada a la actividad sexual. Pueden ser a base de agua, aceite, glicerina o silicona. Los lubricantes a base de aceites pueden erosionar los preservativos, mientras que los nuevos lubricantes basados en agua o silicona son seguros al no dañar el látex y respetar la integridad de los espermatozoides y del moco cervical. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) los recomienda en asociación a los hidratantes vaginales como primera línea terapéutica en síntomas leves o moderados de SGM (Palacios S, 2012).
- **Estrógenos vaginales:** **promestrieno**, **estradiol**, **estriol** (en crema, gel, óvulos, comprimidos mucoadhesivos, anillo vaginal) (evidencia IA): mejoran la atrofia vaginal, el prurito y la dispareunia, ya que normalizan el pH ácido, aumentan la vascularización del epitelio, aumentan la respuesta lubricadora y disminuyen la sequedad vaginal. No se han visto efectos adversos sistémicos a las bajas dosis utilizadas (aplicación 2-3 veces por semana) por lo que no es necesario controlar el endometrio de las pacientes. Se recomiendan en casos de síntomas moderados-severos de SGM. Recomendado en las últimas guías del International Menopause Society, North American Menopause Society, AEEM y SEGO (Baber RJ, 2016; Shifren JL, 2014; AEEM, 2014; Palacios S, 2012).
- El uso de **estrógenos orales** no es mejor que las dosis bajas de estrógenos tópicos vaginales en el tratamiento de la SGM, y sólo deberían utilizarse si existe sintomatología climática importante asociada y sin contraindicación a la TH.
- **Hidratantes vaginales** (evidencia IA): reemplazan las secreciones vaginales normales. Se deben utilizar 2-3 veces por semana. Pueden ser de **ácido hialurónico** (Jokar A, 2016), **liposomas** o **geles policarbofílicos**.



Algoritmo de tratamiento de SGM
(adaptado de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia: AEEM, 2014)

Otros tratamientos:

- **Cambios en los estilos de vida:** tabaquismo (evidencia II-3B), obesidad, realizar ejercicio físico (evidencia III-C) y tener actividad sexual (evidencia II-2B). No se han identificado ensayos clínicos al respecto.
- **Ejercicios de Kegel:** indicados para ganar control sobre la musculatura de suelo pélvico pudiendo mejorar así la penetración vaginal.
- **Relajación del suelo pélvico** con fisioterapia, estiramientos y bio-feedback.
- Inyecciones de **anestésico local + glucocorticoide** (evidencia IIC): indicado en los puntos gatillos del MPPS.
- Inyecciones **toxina botulínica** en casos refractarios, inhiben la contracción de la musculatura, tienen efecto de 3 a 6 meses.
- **Lidocaína tópica** aplicada en vestíbulo vulvar 3 minutos antes de la penetración, indicado en las pacientes en que los lubricantes e hidratantes solos no son suficientes y no pueden utilizar preparaciones de estrógenos u ospemifeno (Elliot KK, 2015).
- **Láser fraccionado de Erbio (YAG o CO2):** aunque se ha empezado a utilizar con buena respuesta para la atrofia vulvovaginal (Gambacciani M, 2015), la FDA todavía no se ha pronunciado en esta indicación (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016).
- **Dilatadores progresivos:** para mantener el calibre vaginal en casos de atrofia extrema, o en la estenosis o las sinequias vaginales que se puedan producir en algunos casos de tratamiento radioterápico a nivel pélvico.

Dispareunia masculina

(Hellstrom WJG, 2014)

Es el dolor genital o pélvico recurrente o persistente durante las relaciones sexuales o la disfunción sexual de más de 3 meses de duración. Al contrario que en la dispareunia femenina, muy pocos casos se deben a una etiología infecciosa.

¿Cómo se clasifica?

- Causas inflamatorias/infecciosas:
 - Prostatitis crónica/dolor pélvico crónico.
 - Infecciones de la próstata, vejiga, vesículas seminales o la uretra.
 - Infecciones de transmisión sexual.
 - Dermatológicas: liquen plano, liquen escleroso, balanitis.
- Causas anatómicas:
 - Enfermedad de Peyronie.
 - Fimosis.
 - Frenillo corto.
 - Herniorrafia inguinal.
 - Atrapamiento del nervio pudendo.
 - Postcirugía hernia inguinal.
- Psicológicas/sociales.
- Fármacos.
- Otras:
 - Eyaculación dolorosa idiopática.
 - Anodispareunia.

¿Cómo evaluamos y diagnosticamos a los pacientes?

Anamnesis:

- Buscar **factores asociados** como anomalías anatómicas, traumatismo, infecciones urogenitales, cirugías previas, neuropatía inespecífica y tratamiento farmacológico habitual.
- Preguntar acerca de **síntomas** sugestivos de infección genital como disuria, secreción uretral y aumento de la sensibilidad o inflamación testicular. Interrogar acerca del flujo urinario, eyaculación, erecciones nocturnas o alteraciones congénitas o adquiridas. La *prostatitis crónica no bacteriana* (denominación tradicional DRACH 1978) o *síndrome de dolor pélvico crónico -SDPC-* (denominación nueva NIH 1995): constituye el 90% de las prostatitis, la causa es con frecuencia desconocida, pudiendo ser inflamatoria (SPDC III A) o no inflamatoria (SPDC III B) (García-Arenzana JM, 2005). Se trata de un diagnóstico de exclusión, con asociación de sintomatología miccional, prostatodinia y dolor pélvico sin otras causas identificables, sin que se puedan identificar bacterias en las secreciones prostáticas o en la orina postmasaje (Jiménez-Pacheco A, 2016; Hellstrom WJG, 2014). Por ello resulta primordial una correcta historia clínica y calcular el *índice NIH-CPSI* (Chronic Prostatitis Symptom Index), que engloba los tres grandes dominios de la prostatitis, el dolor, las alteraciones miccionales y el impacto en la calidad de vida (Collins MM, 2001).
- Estudiar la **esfera psicológica:** historia de abuso, miedo por tener una relación afectiva, terapias previas, sintomatología depresiva y calidad de vida.
- Preguntar acerca de la **actividad sexual** y averiguar si el dolor ocurre en otras ocasiones, incluyendo la masturbación (si el dolor no ocurre al masturbarse nos orienta hacia una etiología psicológica). Si ocurre sin mantener relaciones habrá que sospechar que se deba a prostatitis crónica o síndrome pélvico crónico, pudiendo estar asociada a disfunción eréctil y eyaculación dolorosa.

Exploración física:

- En *abdomen:* descartar hernias, masas.
- En *genitales y recto* prestar especial detalle a la próstata, el reflejo bulbocavernoso y el tono del esfínter anal. Presencia de hemorroides. En el pene hay que buscar placas de Peyronie, lesiones superficiales, frenillo corto, fimosis. Palpar el *escroto* en busca de masas.
- La exploración clínica debe incluir una evaluación de la musculatura *perineal*.

Pruebas complementarias:

- *Sistemático y urocultivo:* infecciones urinarias de repetición pueden hacernos sospechar una prostatitis crónica bacteriana.
- *Estudio microscópico de las secreciones prostáticas:* tras masaje prostático para valorar infección o inflamación de la misma. Contraindicado el masaje en caso de prostatitis aguda.
- Para descartar masas abdominales, anomalías congénitas o patología de origen neurogénico, se pueden realizar pruebas como una *ecografía abdominal, TC, cistoscopia, uroflujometría*.
- *RMN* columna en lumbopatías crónicas que pueden causar dolor pélvico.

¿Cómo se trata?

Si la evaluación en atención primaria no encuentra una clara causa tratable se derivará a urología.

- **Prostatitis crónica/dolor pélvico crónico:** es un síndrome complejo en el que hay que individualizar el tratamiento de los pacientes, y en el que el armamento terapéutico incluye antibióticos (algunas series muestran un beneficio de cerca del 40%, con fluoroquinolonas, sobre todo en los casos de SPDC inflamatorio -

- III A, solas o en asociación a alfa-bloqueantes), AINEs, relajantes musculares (**diazepam** 5-10 mg/24 horas), ADT (**amitriptilina** 10 mg/24 horas), inhibidores de 5 alfa reductasa (pacientes mayores con sintomatología urinaria con HBP concomitante). También se han encontrado resultados con el ejercicio físico, la acupuntura y la terapia miofascial para los espasmos del suelo pélvico, así como terapia cognitivo-conductual (Jiménez-Pacheco A, 2016).
- La cirugía está indicada en alteraciones específicas como una **estenosis uretral**.
 - Eyacuación idiopática dolorosa:** pueden utilizarse alfa-bloqueante (**tamsulosina** 0,4 mg diarios).
 - No se han encontrado fármacos totalmente efectivos para la **enfermedad de Peyronie**. La **pentoxifilina** oral y el **verapamilo** intralesional han demostrado discretos beneficios en cuanto a disminuir el tamaño de la placa y la curvatura. Recomendada la cirugía.
 - Dispareunia **posterior a la intervención de hernias:** fármacos que modifiquen la contractilidad del conducto deferente (alfa-bloqueantes) y fármacos para el dolor neuropático. También puede realizarse una neurectomía con modestos resultados.
 - Cistitis intersticial:** **pentosan** y **amitriptilina** son los fármacos más efectivos. Se dispone de otros fármacos como la lidocaína intravesical alcalinizada con heparina e inyecciones intravesicales de toxina botulínica. La combinación de varias terapias puede optimizar los resultados.
 - La **fimosis y el frenillo corto** pueden tratarse mediante realización de la circuncisión.
 - Atrapamiento del nervio pudiendo:** **topiramato** oral, inyecciones perineurales de anestésicos como la bupivacaína guiada por TC o con descompresión quirúrgica, corticoterapia y fisioterapia (Garrido RH, 2013).
 - Cuando la **etiología es desconocida**, se puede utilizar **gabapentina** (empezando con 300 mg diarios aumentando a 300 mg cada 8 horas hasta un máximo de 1.800 mg diarios) o **imipramina** (25-50 mg al día), al ser fármacos para el tratamiento del dolor crónico (evidencia 2C).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Annon JS. Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy. Oxford, England: Harper & Row; 1976.
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Menoguía. Salud Vaginal. Barcelona: Aureagràfic; 2014. **[Texto completo](#)**
- Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016;19(2):109-50. PubMed **[PMID: 26872610](#)**
- Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al; consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women’s Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. Obstet Gynecol. 2016;127(4):745-51. PubMed **[PMID: 27008217](#)**
- Collins MM, O’Leary MP, Calhoun EA, Pontari MA, Adler A, Eremenco S, et al; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. The Spanish National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index: translation and linguistic validation. J Urol. 2001;166(5):1800-3. PubMed **[PMID: 11586227](#)**
- Elliot KK. Lidocaine is an option for treating postmenopausal dyspareunia. Am Fam Physician. 2015;91(5):279. PubMed **[PMID: 25822380](#)**. **[Texto completo](#)**
- Gambacciani M, Levancini M, Cervigni M. Vaginal erbium laser: the second-generation thermotherapy for the genitourinary syndrome of menopause. Climacteric. 2015;18(5):757-63. PubMed **[PMID: 26029987](#)**. **[Texto completo](#)**
- García-Arenzana JM. Tratamiento de las prostatitis. Inf Ter Sist Nac Salud. 2005;29:145-51. **[Texto completo](#)**
- Garrido RH. Dolor pelviano crónico desde la perspectiva del dolor. Rev Med Clin Condes. 2013;24(2):191-5.
- Gass MLS, Bachman GA, Goldstein SR, Kingsberg SA, Liu JH, Martens MG, et al. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2013;20(9):888-902. PubMed **[PMID: 23985562](#)**
- Grazziotin A, Serafini A, Palacios S. Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. Maturitas. 2009;63(2):128-34. PubMed **[PMID: 19493639](#)**
- Hellstrom WJG. Male dyspareunia. En: O’Leary MP, Libman H, editors. UptoDate; 2014 [consultado 3-1-2017]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/male-dyspareunia>**
- Infac. Disfunción sexual por fármacos. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2013. **[Texto completo](#)**
- Jiménez-Pacheco A, Jiménez-Pacheco A, Roldán López M. Estrategias terapéuticas para el tratamiento de la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico. Rev Int Androl. 2016;14(1):19-26.
- Jokar A, Davari T, Asadi N, Ahmadi F, Foruhari S. Comparison of the Hyaluronic Acid Vaginal Cream and Conjugated Estrogen Used in Treatment of Vaginal Atrophy of Menopause Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2016;4(1):69-78. PubMed **[PMID: 26793732](#)**. **[Texto completo](#)**
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health. 2006;6:177. PubMed **[PMID: 16824213](#)**. **[Texto completo](#)**
- Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD001500. PubMed **[PMID: 27577677](#)**
- Palacios S, Cancelo MJ, Castelo-Branco C, González S, Olalla MA. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la prevención y el tratamiento de la atrofia vaginal. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(8):408-15.
- Palacios S, Cancelo MJ. Clinical update on the use of ospemifene in the treatment of severe symptomatic vulvar and vaginal atrophy. Int J Womens Health. 2016;8:617-26. PubMed **[PMID: 27822125](#)**. **[Texto completo](#)**
- Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women’s Sexual Health and the North American Menopause Society. Menopause. 2014;21(10):1063-8. PubMed **[PMID: 25160739](#)**
- Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2013;18(3):255-86. **[Texto completo](#)**
- Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. Am Fam Physician. 2014;90(7):465-70. PubMed **[PMID: 25369624](#)**. **[Texto completo](#)**
- SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Día Europeo de la Salud Sexual. SEMERGEN destaca el papel del médico de familia en el abordaje y tratamiento de la sexualidad; 2017 [consultado 21-2-2017]. Disponible en: **<http://www.semergen.es/index.php?seccion=dinamico&subSeccion=noticia&idN=632>**
- Shifren JL, Gass MLS; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. Menopause. 2014;21(10):1038-62. PubMed **[PMID: 25225714](#)**
- The American College of Obstetricians and Gynecologists and The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Fractional Laser Treatment of Vulvovaginal Atrophy and U.S. Food and Drug Administration Clearance Position Statement. Washington, DC: ACOG; 2016. **[Texto completo](#)**
- Toquero F, Zarco J, coordinadores. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: Editorial International Marketing & Communications, S.A; 2004. **[Texto completo](#)**

Más en la red

- Aplicación móvil MenoPro para IOS y Android: actualizada en 2017 de la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS), tiene dos modelos, uno para pacientes y otro para profesionales. Analiza la historia, factores de riesgo cardiovascular y preferencias de la paciente, para llegar a un tratamiento personalizado de los síntomas de la menopausia. Página principal de la NAMS: **www.menopause.org**
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Menoguías. Disponible en: **www.aeem.es/menoguias.html**
- International Society for the Study of Women’s Sexual Health (ISSWSH). Disponible en: **<http://www.isswsh.org/>**

Autoras

- | | |
|-----------------------------|--|
| ■ Alejandra Rabanal Carrera | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ■ Teresa Biec Amigo | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ■ Noelia Jiménez Martín | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ■ Irene Pizarro Sanz | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1) |

(1) Centro de Salud Barrio del Pilar. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.
(2) Servicio de Urgencias. Hospital de Torrejón. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

