

Universidad Autónoma de Madrid

# Revisión narrativa sobre el abordaje y manejo de la vulvodinia desde una perspectiva enfermera

Trabajo Fin de Grado



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer al personal de la biblioteca su paciencia durante las tutorías y su eficacia a la hora de conseguir los artículos solicitados.

Y como no podía ser de otra manera, darle las gracias a mi tutora, Eva García, por estar ahí siempre que he tenido alguna duda y por guiarme en la realización de este trabajo, sin ella esto no habría sido posible.



## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la afectación psicosocial en mujeres que padecen vulvodinia y la eficacia de intervenciones enfermeras en el tratamiento de la misma.

**Material y método:** se realizó una revisión narrativa, cuyas búsquedas bibliográficas se llevaron a cabo en las bases de datos Cuiden, Cinahl, Pubmed y PsycINFO. Se establecieron previamente criterios de inclusión y exclusión y se utilizaron términos de lenguaje libre y controlado, combinados mediante operadores booleanos. Las búsquedas se limitaron por tiempo y tipo de publicación.

**Resultados:** se analizaron un total de 21 artículos, diferenciando tres apartados derivados de la revisión: importancia de la valoración de la mujer con vulvodinia, afectación psicosocial y en la calidad de vida de las pacientes y por último eficacia de las terapias psicológicas y educativas como tratamiento de la vulvodinia.

**Discusión y Conclusiones:** la vulvodinia tiene un impacto negativo en la calidad de vida, en el patrón sexual y en la esfera psicosocial de las mujeres que la padecen, afectando en las relaciones y emociones, no solo de pareja sino en el trabajo o con la familia. En relación al tratamiento de las mujeres con vulvodinia, destacar la eficacia de intervenciones educativas para empoderar a las pacientes respecto al manejo de la vulvodinia y la eficacia también de los tratamientos psicosociales (psicoterapia y terapia cognitivo conductual). Es necesario el abordaje de la vulvodinia por parte de un equipo multidisciplinario.

**Palabras clave:** vulvodinia, dolor crónico vulvar, calidad de vida, enfermería, tratamiento, factores psicosociales, terapia psicológica.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the psychosocial effects in women suffering from vulvodynia and effectiveness of educational and psychological treatment.

**Material and Methods:** a narrative review was carried out, whose literature searches were performed in databases Cuiden, Cinhal, Pubmed and PsycINFO. Inclusion and exclusion criteria previously established; terms of free and controlled language were used also, combined by Boolean operators. Searches were limited by time and type of publication.

**Results:** a total of 21 articles were analyzed, differentiating three sections from the review: the importance of assessment women with vulvodynia, psychosocial impairment and quality of life of patients and finally efficacy of psychological and educational therapies as treatment vulvodynia.

**Conclusions:** vulvodynia has a negative impact on quality of life, sexual pattern and psychosocial sphere of women who suffer, affecting relationships and emotions, not just a partner but at work or with family. In relation to the treatment of women with vulvodynia, highlighting the effectiveness of educational interventions to empower patients regarding the management of vulvodynia and the effectiveness of psychosocial treatments (psychotherapy and cognitive behavioral therapy). It is necessary to approach vulvodynia by a multidisciplinary team.

**Key words:** vulvodynia, chronic vulvar pain, quality of life, nursing, therapy, psychosocial factors, psychological therapy.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Páginas</b>
Introducción	9
Material y Métodos	15
Resultados	19
Conclusiones	37
Líneas de investigación futuras	37
Referencias bibliográficas	39
Anexos	43





## INTRODUCCIÓN

El término dolor vulvar se reconoce desde finales del siglo XIX, Thomas lo define como “hipersensibilidad pronunciada en los nervios de la mucosa de la vulva”. Posteriormente, en 1970 se formó la Sociedad internacional para el estudio de la enfermedad vulvar (International Society for the Study of Vulvar Disease, ISSVD), aumentando así la importancia de las enfermedades vulvares y el interés por parte de los profesionales. (1)

Más tarde, en 1983 la ISSVD crea el término propio de vulvodinia, definiéndola como “molestia crónica vulvar, caracterizada por pacientes afectadas de dolor urente, prurito, irritación o crudeza”. Dos años después, en 1985, la misma asociación, distingue dos subgrupos dentro de la vulvodinia: la disestesia vulvar y la vestibulitis vulvar. (2,3)

En 1987, Friedrich acuñó el término “síndrome de vestibulitis vulvar”, el cual se definía por los siguientes criterios diagnósticos (2):

1. Dolor severo al tacto en el vestíbulo o en el introito vaginal.
2. Sensibilidad a la presión localizada en el vestíbulo.
3. Hallazgos físicos de eritema en diferentes grados limitados al vestíbulo vulvar.

En 2003, la ISSVD revisa de nuevo el término vulvodinia y se modifica la clasificación, quedando de la siguiente manera:

- Según localización:
  - Generalizada
  - Localizada
- Según existencia de estímulo:
  - Provocada
  - Espontánea/No provocada
  - Mixta

Tras la última revisión, se define la vulvodinia como “dolor vulvar crónico o urente sin lesiones visibles asociadas”. (2)

El pasado año 2015 tuvo lugar un encuentro entre diferentes asociaciones involucradas en la vulvodinia, como son la Sociedad para el estudio de la salud sexual de las mujeres (*International Society for the Study of Women’s Sexual Health –ISSWSH-*) y la Sociedad Internacional de dolor pélvico (*International Pelvic Pain Society –IPPS-*).

Después del encuentro celebrado, la ISSVD en su página web recoge el documento *consenso en la terminología y clasificación del dolor vulvar persistente*, viéndose modificados algunos aspectos del término vulvodinia y su clasificación, quedando de la siguiente manera la definición de dolor vulvar persistente: “dolor vulvar de al menos tres meses de duración, sin una clara causa identificable, que puede tener factores asociados potenciales”. (4)

En relación a la clasificación se añadieron dos ítems más a los expuestos anteriormente:

- Según el inicio:
  - Primaria
  - Secundaria
- Según el patrón temporal
  - Intermitente
  - Persistente
  - Constante
  - Inmediato
  - Retardado

También se recogen en el documento posibles factores asociados a la vulvodinia, a los cuales hace referencia en la definición del término (4). Detallados en la Tabla 1.

En relación a la incidencia de la vulvodinia se manejan diferentes datos según la bibliografía y el tipo de estudio. En España no hay datos epidemiológicos acerca de la vulvodinia, los datos epidemiológicos que se manejan son de estudios realizados en Estados Unidos. Reed y colaboradores, en un estudio llevado a cabo con una muestra de 1786 mujeres afirma que la incidencia es de 4.2% mujeres/año, pero que esta varía según diferentes factores asociados como son la etnia, la edad, el estado civil, y el screening inicial del estudio. (5)

Sin embargo, los datos en relación a la prevalencia coinciden más entre los diferentes artículos revisados. Los datos de prevalencia de mujeres con vulvodinia oscilan entre 8 y un 12%. Según Reed y colaboradores la vulvodinia presenta una prevalencia del 8% (6). Otros autores como Petersen y colaboradores apuntan a que la prevalencia se sitúa entre 9-12%. (1)

**Tabla 1. Posibles factores asociados a la vulvodinia**

<b>Factores</b>	<b>Nivel de Evidencia</b>
Síndromes dolorosos como la fibromialgia o colon irritable	2a
Genéticos	2b
Hormonales	2c
Inflamación	2b
Musculoesqueléticos: hiperactividad del músculo pélvico	2b
Psicosociales: estado de ánimo, función sexual	2b
Defectos estructurales: alteración del perineo.	2b
Mecanismos neurológicos:	
-Centrales: columna vertebral, cerebro.	2b
-Periféricos.	2b

*Fuente: elaboración propia.*

En la literatura revisada acerca de la vulvodinia, destacan artículos en relación al diagnóstico, tratamiento, y factores asociados derivados de la patología. Sin embargo, en relación a la etiología, los artículos revisados coinciden en que aún es desconocida. Si bien es cierto, los autores están de acuerdo en que se trata de un problema multifactorial. (2)(4)

Por lo tanto es comprensible que se trate de una patología que está en constante investigación, y que cuente con organizaciones específicas, tanto para guiar a los profesionales como para ayudar y educar a los pacientes, anteriormente nombramos la ISSVD, y también existe la Asociación Nacional de la Vulvodinia (*National Vulvodinia Association, NVA*). (7)

Además de lo anteriormente descrito en relación a la incidencia y prevalencia de la vulvodinia, también la mayoría de los autores coinciden en que se trata de un problema infradiagnosticado, por eso las cifras presentan esos rasgos de variabilidad.

No se conoce la etiología pero se sabe que se trata de una patología originada por múltiples factores; son muchos los autores que confirman su asociación con otras patologías relacionadas con el dolor crónico, como pueden ser la fibromialgia, cistitis intersticial, síndrome de colon irritable, dolor pélvico crónico, fatiga crónica. (2)(8,9)

Otras causas asociadas a la vulvodinia son traumas obstétricos, como puede ser una episiotomía, que puede derivar en disfunción del suelo pélvico, provocando dolor crónico. (10)

También está descrita la posible asociación entre desarrollar vulvodinia y sufrir infecciones por hongos, generalmente *Candida Albicans*. En un informe preliminar llevado a cabo por Ventolini y colaboradores, se hace referencia a la alteración de la flora vaginal y la respuesta inmunológica como consecuencia de la infección por *Candida Albicans* en mujeres que padecen vulvodinia. Aun así, no está demostrado si la infección por *Candida* puede ser uno de los primeros eventos que demuestran padecer vulvodinia, o si la infección por hongos puede producir una respuesta inmunológica terminando esta en vulvodinia. (11)

En la literatura revisada, algunos autores hacen referencia a la vulvodinia como un dolor neuropático, debido a que se ha demostrado que en las mujeres con vulvodinia existe una hipersensibilidad y un aumento en el grosor de las fibras nerviosas; de ahí que uno de los tratamientos utilizados sean los neurolépticos y los anticonvulsivantes. (10)(12)

Nos encontramos ante un problema importante, ya que muchas mujeres no quieren reconocer el problema que presentan, o realmente no saben a qué se están enfrentando, ya que se encuentran ante situaciones con un complejo manejo, afectando a la mujer en todas sus esferas (biológica, psicológica y social). (1-3)(10)

Este tipo de pacientes recorre un largo camino visitando a diferentes profesionales, hasta que les diagnostican. Principalmente acuden a ginecólogos, debido a que se trata de un dolor vulvar, pero no olvidemos que se trata de una patología multifactorial, por lo tanto visitan a más especialistas. Esto supone un coste elevado para el sistema sanitario y sobre todo mucha inquietud en las pacientes por no encontrar un diagnóstico y por lo tanto un tratamiento a su problema. (10)

De lo anteriormente descrito podemos entender que se trata de una patología que se diagnostica por exclusión de otras patologías con una sintomatología parecida. Existen

varios algoritmos de diagnóstico, que se basan en la exclusión de otras patologías hasta llegar a dar con el diagnóstico de vulvodinia. (1)(10)

En relación al abordaje y tratamiento del dolor vulvar persistente, Sadownik afirma que es esencial centrarse en el paciente y no tanto en la patología, siendo por lo tanto un abordaje individualizado. Es fundamental llevar a cabo una entrevista en profundidad con la paciente, para poder obtener los datos suficientes para el correcto manejo, desde sus antecedentes, hasta una historia exhaustiva del dolor (comienzo, tipo, localización etc), y cuando exista una relación terapéutica abordar el patrón sexual de la mujer, ya que se ve siempre afectado. La autora afirma que el primer paso es reconocer a la paciente que su dolor es real, y explicarle las posibles causas. (10)

En relación al tratamiento se puede afirmar que hay varias opciones, destacando cuatro grandes grupos (3):

1. Tratamiento médico: aquí se incluyen los fármacos sistémicos como pueden ser los neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, y también se incluyen los tratamientos tópicos, como son la lidocaína, capsaicina, gabapentina tópica etc.
2. Tratamiento fisioterápico: centrado en fortalecer los músculos pélvicos, utilizando *biofeedback*, estimulación eléctrica.
3. Tratamiento psicológico: destacando en este grupo la terapia cognitivo-conductual. Varios autores sostienen que en combinación con otros tratamientos mejoran el dolor de la mujer.
4. Tratamiento quirúrgico: se lleva a cabo cuando las anteriores opciones de tratamiento descritas no han sido efectivas; si bien es cierto, está descrito un alto porcentaje de éxito en el manejo del dolor vulvar persistente tras la cirugía. La intervención llevada a cabo es una vestibulectomía.

Como venimos indicando es necesario un abordaje multidisciplinar para el correcto manejo de la patología, por lo tanto el colectivo enfermero debería formar parte del mismo a través de la Educación para la Salud (EpS) y este no está reconocido, como veremos más adelante.

Por todo lo anteriormente descrito, **el objetivo** de este trabajo es revisar la literatura publicada en los 10 últimos años acerca de la afectación psicosocial en mujeres que

padecen vulvodinia y con ello desarrollar estrategias enfermeras para ayudar a las mujeres en el abordaje de esta patología.

## MATERIAL Y MÉTODO

En primer lugar se efectuó una búsqueda general, para conocer más acerca de la patología, para ello se realizó una búsqueda en las páginas web de las siguientes asociaciones específicas sobre la vulvodinia: *National Vulvodynia Association (NVA)*, Asociación Nacional de la Vulvodinia, y la *International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD)*, Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvovaginales. De la primera se seleccionaron tres documentos, una guía de práctica clínica, un artículo acerca del diagnóstico y el tratamiento de la vulvodinia y una revisión narrativa que refleja la literatura basada en la evidencia acerca de la vulvodinia. De la segunda sociedad se adquirió el ya citado documento *consenso en la terminología y clasificación del dolor vulvar persistente* (4).

En segundo lugar se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de Ciencias de la Salud: Cuiden, Cinhal, Pubmed, PsycINFO. Previamente se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, detallados en la Tabla 2.

**Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Artículos que traten los efectos psicosociales en mujeres con vulvodinia.</li><li>-Artículos que hagan referencia a terapias psicosociales y educativas como opciones de tratamiento de la vulvodinia.</li><li>-Artículos de revistas de enfermería que traten sobre vulvodinia.</li><li>-Guías de práctica clínica acerca de la vulvodinia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Artículos que no hagan referencia al tratamiento o manejo de la vulvodinia.</li><li>-Artículos que hagan referencia únicamente al tratamiento farmacológico y quirúrgico del dolor vulvar persistente.</li></ul>

*Fuente: elaboración propia*

Se diseñó la estrategia de búsqueda seleccionando los siguientes términos/palabras claves combinándose con los operadores booleanos “AND” y “NOT”: *vulvodynia, chronic vulvar pain, quality of life, nursing, therapy, psychosocial factors, psychological therapy, psychoeducation.*

Los límites se establecieron por tiempo, publicaciones comprendidas entre 2005 y la actualidad. En Cinhal también se limitó por subconjunto de publicación: *nursing*. Cabe destacar que en esta misma base de datos no hay un descriptor específico para el término vulvodinia, por lo tanto la búsqueda se realizó utilizando el término libre.

En las base de datos Pubmed se utilizó el tesoro MeSH, y subencabezamientos. Se acotaron las búsquedas también según los tipos de artículos, seleccionando revisiones/*review*, artículos de revistas/ *journal article* y guías de práctica clínica/*practice guideline*.

Una vez obtenidos los resultados, se seleccionaron artículos escritos en inglés o español, pero no se utilizó como límite el idioma ya que este no aporta datos científicos a la búsqueda.

Para la selección de artículos se realizó una lectura preliminar del Título y Resumen aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

En la tabla 3 se muestran las estrategias de búsqueda utilizadas en las diferentes bases de datos, así como los artículos encontrados y los artículos seleccionados para la revisión.



**Tabla 3. Estrategia de búsqueda y resultados obtenidos**

<b>Base de datos</b>	<b>Límite</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
CUIDEN		Vulvodynia	0	
		Chronic vulvar pain	0	
CINHAL	2005-2015 Subconjunto de publicación: Nursing	Vulvodynia	9	3
	2005-2015	Vulvodynia AND psychosocial factors	24	2
PUBMED	2005-2015 Revistas de Enfermería	Vulvodynia [MeSH]	4	2
	2005-2015	Vulvodynia [MeSH] AND Quality of life [MeSH]	30	4
	2005-2015	"Vulvodynia/therapy" [Mesh] NOT ("Surgical Procedures, Operative"[Mesh])	86	3
	Tipo de artículo: guías de práctica clínica	Vulvodynia [Mesh]	1	1
PsycINFO	2005-2015	Vulvodynia AND Quality of life	12	0
	2005-2015	Vulvodynia AND Psychosocial intervention or psychotherapy or psychoeducation	9	3

*Fuente: elaboración propia*



## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

El número final de trabajos seleccionados fue de 21, de los cuales 20 estaban escritos en inglés y 1 en español. Según su tipología se aceptaron 2 guías de práctica clínica, 8 artículos originales y 9 revisiones de la literatura.

Para llevar a cabo el análisis se comenzará estudiando el contacto de la mujer que presenta vulvodinia/dolor vulvar persistente con los profesionales de la salud, pudiendo tratarse de diferentes especialistas, ya que como se mencionó anteriormente las mujeres visitan a diversos profesionales médicos hasta encontrar un diagnóstico y por lo tanto un tratamiento eficaz.

En la Guía de la Vulvodinia de Haefner y colaboradores (13) se hace referencia a la necesidad de identificar la duración del dolor, los tratamientos previos que haya probado la paciente, así como alergias, antecedentes médicos y quirúrgicos y antecedentes del patrón sexual de la mujer.

En relación a esto último, recomiendan que el patrón sexual de la mujer se aborde cuando se encuentre vestida, no cuando se le esté realizando el examen físico, y, tras haber establecido una relación de confianza y haber pedido permiso a la paciente para llevar a cabo las preguntas acerca del patrón sexual.

Por otro lado, Reed (14) afirma que el diagnóstico de vulvodinia depende de la realización de una minuciosa historia clínica, la cual debe incluir el comienzo y las características del dolor, qué provoca y qué alivia el dolor, cuantas visitas médicas ha llevado a cabo la paciente, que tratamientos ha seguido y si estos han sido efectivos. Además de la historia en profundidad, es necesario un examen físico posterior que confirme el diagnóstico.

En la Guía para el manejo de la Vulvodinia diseñada por el grupo de guía práctica de la Sociedad Británica para el Estudio de las Enfermedades Vulvares (BSSVD) (15), la primera recomendación que aparece es la obtención de una adecuada historia del dolor para evaluar el grado de sintomatología y el impacto de la patología en la mujer. A partir de la obtención de los datos el profesional clasifica a la paciente en el subgrupo de vulvodinia que presente siguiendo la definición de la ISSVD, citada anteriormente (4).

En esta misma guía los autores también refieren que puede ser útil el uso de escalas visuales analógicas y diarios del dolor para cuantificar el grado de dolor.

La segunda recomendación a la que hacen referencia es la obtención de la historia sexual de la mujer si esta presenta dolor en las relaciones sexuales, lo cual es necesario para identificar disfunción sexual si la hubiese. En este caso si existiría impacto psicosexual de la mujer, y por lo tanto sería necesaria una terapia psicosexual además del tratamiento médico.

Cox y colaboradores (16) coincidiendo con más autores (10)(14), declaran que una historia en profundidad es esencial para el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia; además esta debe incluir antecedentes médicos, quirúrgicos, de salud mental y patrón sexual. También afirman, coincidiendo con Haefner y colaboradores (13) que es mejor abordar los antecedentes previamente al examen físico, cuando la mujer se encuentra todavía vestida, además de pedir permiso a la mujer, previamente a la entrevista, para abordar el patrón sexual.

Como novedad a lo anteriormente descrito por otros autores, Cox y colaboradores (16) proponen obtener datos acerca de la relación de pareja, si existiera. Los datos que debieran obtenerse están relacionados con la duración de la relación, la perspectiva de la mujer acerca del compromiso, si existe conflicto y si ella quiere que la relación continúe. Otra novedad que destacar es la propuesta que realizan de indagar acerca de la existencia de abusos sexual, tanto en el presente como en el pasado, respetando la decisión de la paciente si no quiere hacer referencia a ello en la primera visita.

Coincidiendo con lo descrito por otros autores, se debe investigar acerca del inicio del dolor y los factores precipitantes; incluyendo si la mujer alguna vez ha tenido coitos sin dolor o ha sido capaz de utilizar tampones; esto es importante para diferenciar si se trata de vulvodinia primaria o secundaria. También es importante preguntarle a la mujer sobre la zona del dolor.

Si existiese dolor durante el coito, debe abordarse en profundidad, haciendo hincapié en la zona exacta del dolor y cuando se produce.

Cox y colaboradores (16), en su artículo, hacen referencia a un cuestionario en profundidad para mujeres con vulvodinia desarrollado por la ISSVD, disponible en el Anexo 1.

Sadownik (10), coincidiendo con otros autores (13-15) afirma que el objetivo en la primera visita es recoger información relevante acerca del dolor que presenta la paciente, su historia médica y psicosexual; validar que el dolor que presenta la paciente

es real; aportar educación, soporte y recomendaciones acerca del cuidado de la piel y el manejo de los síntomas.

La misma autora defiende que debe obtenerse una detallada historia del dolor, y propone una serie de preguntas para facilitar la obtención de información, detalladas en la tabla 4.

**Tabla 4. Historia del dolor**

Causa	¿Qué causa/provoca el dolor?
Alivio	¿Qué palia el dolor?
Tipo	¿Cómo es el dolor?
Irradiación	¿El dolor se irradia? ¿Hacia dónde?
Intensidad	¿Qué intensidad de dolor presentas? ¿Qué actividades son limitadas debido al dolor? (diarias, sexuales)
Duración	¿Cómo ha cambiado el dolor con el tiempo? ¿Ha habido alguna vez intervalos de tiempo sin dolor?
Tratamientos utilizados	¿Qué tratamientos has probado hasta la fecha? ¿Los has cumplido?

*Fuente: Etiology, diagnosis and management of vulvodinia (10)*

También afirma que facilitar un diario del dolor puede ayudar a identificar los factores que influyen en el dolor que sufre la mujer.

Apunta también, que en la primera visita se debe abordar el impacto que el dolor supone en la vida diaria de la mujer, así como la existencia de cambios en su patrón sexual. Ya que el dolor vulvar puede afectar en actividades como llevar ropa ajustada, caminar, estar sentada durante un tiempo prolongado e incluso en dormir.

De Andrés y colaboradores (17) declaran que deben incluirse en la historia detalles acerca de la vida sexual de la paciente y la descripción de cualquier disfunción sexual que haya podido estar presente desde el comienzo de los síntomas. Hacen referencia

también a la elaboración de una historia médica detallada que incluya los hábitos dietéticos, medicación, prestando especial atención a los tratamientos que impliquen el uso de hormonas así como tratamientos sistémicos y de la zona genital.

Además se debe preguntar a la paciente acerca de anteriores infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual; ya que otras patologías que no sean vulvodinia pueden causar los mismos síntomas, por lo tanto deben excluirse como posible causa. Ya se hizo referencia a la infección por *Candida* anteriormente, la cual está ligada a la vulvodinia.

Henzell (18) afirma que la localización y la naturaleza del dolor son claves para el diagnóstico, para obtener datos para la historia de la paciente propone una serie de cuestiones:

- ¿Está el dolor localizado en el introito vaginal?
- ¿El dolor es constante, solo con contacto o ambos?
- ¿Existe una sensación después del contacto? Si es así, ¿Cuánto dura?
- ¿Existe una historia previa que sugiera candidiasis vulvovaginal crónica?
- ¿Existe una historia de eczema o dermatitis?
- ¿Existe comorbilidad con otra patología relacionada con el dolor?
- ¿Tiene usted problemas relacionados con el sueño, ansiedad o depresión?

También declara que se debe abordar de manera sensible, con tacto, el efecto que el dolor provoca en las relaciones sexuales y en la intimidad. Si la mujer tuviese una relación, preguntarle si la pareja comprende la situación que sufre, también es necesario abordar el conocimiento de la mujer acerca del dolor y los miedos que presenta.

A través de los datos obtenidos y el relato de la mujer, se puede saber cómo afecta la patología en la vida diaria y en que repercute.

Arnold y colaboradores (8) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue comparar la historia de salud y la utilización del sistema sanitario de mujeres con vulvodinia frente a mujeres con ausencia de dolor ginecológico o vulvar. La muestra fueron 77 mujeres con vulvodinia y el grupo control estaba formado por 208 mujeres con ausencia de la misma. Para la obtención de datos las participantes completaron un cuestionario

validado con datos demográficos, historia de salud, uso de la atención sanitaria, de calidad de vida y el grupo de casos también acerca de la historia de vulvodinia.

Los resultados obtenidos mostraron que las mujeres con vulvodinia presentaban un importante impacto negativo en la calidad de vida; el 42% se sentían fuera de control respecto a su vida, el 60% sentían haber perdido el control de su cuerpo a consecuencia de la patología, y el 41% indicaban un fuerte impacto en su vida sexual.

En un estudio (19) llevado a cabo con una muestra de 51 mujeres con dolor vulvar y 46 mujeres sin dolor vulvar (control), 97 en total; un tercio de las mujeres con dolor vulvar manifestaron siempre un sentimiento de angustia en relación con su vida sexual.

El 31% de mujeres con dolor vulvar manifestaron sentirse infelices con su relación de pareja, frente al 2% de mujeres sin dolor vulvar. En la misma línea prácticamente, el 25% de las mujeres con dolor vulvar, frente a ninguna sin dolor vulvar, refirieron sentirse siempre estresadas por las relaciones sexuales. Además un tercio de mujeres con dolor vulvar, frente a ninguna sin dolor vulvar, afirmaron sentirse siempre insatisfechas con su vida sexual. Por lo tanto este estudio destaca las emociones negativas que acompañan la disfunción sexual de las mujeres con dolor crónico vulvar.

Sargenat y colaboradores (19) afirman que podría ser beneficioso para las pacientes con dolor vulvar la realización de *screening* para valorar la afectación psicosocial, con el fin de remitirlas a un apropiado apoyo psicosocial, así como a terapias psicológicas o de pareja si fuera necesario.

Otro estudio, con un objetivo similar a los anteriores, realizado por Plante y colaboradores (20), fue determinar la naturaleza de los eventos psicosociales que afectaban el día a día de mujeres con vulvodinia. El estudio contó con una muestra de 78 mujeres con diagnóstico de vulvodinia confirmado, las cuales habían o estaban llevando a cabo un tratamiento con fisioterapia de al menos dos años, y 78 mujeres en el grupo control, las cuales habían sido remitidas a fisioterapia por distintos problemas en relación al suelo pélvico, pero no por problemas de dolor vulvar. El cuestionario fue diseñado con intención de estudiar específicamente los eventos del día a día más que el estado psicológico *per se*.

En relación a los resultados del estudio, las mujeres con vulvodinia presentaron más probabilidad (19% frente al 3% de los controles), de comenzar una nueva relación de

pareja, y la mayoría (94%) tenían disminución de la libido en comparación con los controles (29%).

Los resultados de violencia, tanto sexual como no sexual, no fueron estadísticamente significativos entre la muestra y el grupo control. En cuanto a daños físicos no sexuales cabe destacar las lesiones deportivas producidas por una caída sobre el cóccix, 55% en mujeres con vulvodinia frente al 35% en el grupo control, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

El estudio concluye afirmando que demuestra la presencia de una elevada incidencia de eventos adversos en el pasado en mujeres con vulvodinia, y plantea la posibilidad de que ciertos factores psicológicos sean importantes en la génesis. También hace referencia a los principales resultados obtenidos, en este caso relacionados con la alta incidencia de relaciones adversas experimentadas por las pacientes, tanto con la familia como en el trabajo, además de la elevada incidencia de amenazas o de violencia no sexual.

Por último, los autores afirman que la consideración de los aspectos psicológicos debe formar parte del tratamiento de la mujer con vulvodinia.

Continuando en la misma línea de los estudios anteriormente citados, Jelovsek y colaboradores (21) propusieron describir el grado de deterioro psicosocial resultante de trastornos vulvovaginales crónicos. La muestra para el estudio fueron 75 mujeres con trastornos vulvovaginales, las cuales fueron clasificadas siguiendo los criterios de la ISSVD, un total de 45 mujeres cumplían los criterios de vulvodinia. Completaron un cuestionario compuesto por 69 ítems para evaluar el impacto de la patología en el ámbito psicosocial y en la calidad de vida, este comprendía cinco dominios: dolor, imagen corporal, relaciones, emociones, calidad de vida y función sexual.

Los resultados señalaron que las mujeres con vulvodinia eran más propensas que las mujeres con otro trastorno vulvovaginal a obtener peores resultados significativos en los dominios de las relaciones, las emociones y la actividad física. Por lo tanto se demostró que existían diferencias entre las mujeres con vulvodinia y otro trastorno vulvovaginal en relación a la calidad de vida. Los autores también hacen referencia a que la presencia de dolor vulvovaginal está correlacionada con el grado de deterioro psicosocial, pero no la intensidad del mismo.



Un estudio llevado a cabo por Ponte y colaboradores (22), cuyo objetivo fue determinar los efectos de la vulvodinia en la calidad de vida, demostró que las mujeres con esta patología tenían significativamente peor calidad de vida que mujeres con otras patologías dermatológicas, y además peor funcionamiento en el día a día. El diagnóstico de vulvodinia fue la relación más fuerte con la baja calidad de vida.

Para la obtención de los datos las mujeres cumplimentaron un cuestionario validado, Skindex-29, el cual constaba de 29 ítems dividido en tres subescalas: síntomas (dolor, picor e irritación), emociones (frustración, indignación y vergüenza) y funcionamiento (efectos en la vida social y física de la paciente). Además las pacientes respondieron a otra serie de preguntas que no se incluían en el cuestionario Skindex-29, las cuales hacían referencia a características demográficas, estado de salud actual e información extra sobre la patología vulvar o los efectos en la calidad de vida.

La muestra finalmente fue de 101 mujeres con diagnóstico de vulvodinia (36%), y de 179 mujeres con otras patologías vulvares (63%).

En relación a los resultados, en la subescala de emociones, las mujeres con vulvodinia eran más propensas que las mujeres con otra alteración vulvar, a informar que la patología frecuentemente o siempre les hacía sentir deprimidas (41%), enfadadas (44%) o frustradas (81%). También eran más propensas a declarar que la vulvodinia afectaba varios aspectos de su vida social y funcionamiento físico; en concreto el 61% afirmaban que les afectaba en cómo eran de cercanas en las relaciones, el 44% que les complicaba mostrar afecto hacia otros, el 85% que la patología interfería en su vida sexual. Además de sufrir más dificultades en el trabajo y en la realización de hobbies.

Tras todo lo anteriormente expuesto se puede afirmar que las mujeres con dolor crónico vulvar/ vulvodinia sufren una disminución en la calidad de vida, afectando al bienestar social, sexual y psicológico (8)(19-22); este hecho implica la necesidad de un abordaje, abriendo así la puerta a posibles tratamientos como la psicoterapia, la terapia de pareja o la terapia cognitivo conductual, además de proporcionar una educación a las pacientes para que tengan conocimientos acerca de su patología y tenga herramientas para un correcto manejo en el día a día.

Las pacientes que tienen vulvodinia, generalmente tienen que soportar múltiples opciones de tratamiento. Es fundamental explicarles tanto a ellas como a sus parejas en que consiste la enfermedad y las opciones de tratamiento que existen (23,24).

En una revisión llevada a cabo por Groysman (23) se hace referencia a un programa de educación para este tipo de pacientes. El programa de auto-manejo de la vulvodinia que se utilizó en la facultad de medicina de la universidad de Robert Wood Johnson en New Jersey introdujo el empoderamiento de las pacientes a través del auto-cuidado. Esto consiste en tres componentes que incluyen:

1. Psicoeducación: explicando los factores que agravan o alivian la patología, preparación mental para el afrontamiento, conocimientos generales acerca de la vulvodinia y la capacidad de controlar los factores que afectan a la mujer con vulvodinia. En consecuencia: aprender el manejo de los factores es empoderar a los pacientes.
2. Entrenamiento físico del suelo pélvico a través del conocimiento de la fisiología pélvica y de ejercicios para disminuir la sensación dolorosa.
3. Preparación sexual de ambos miembros de la pareja: cuya base es aprender otras formas de placer sexual, evitando así el dolor que se produce durante el coito.

El estudio encontró estas técnicas muy efectivas, ya que la mujer se empoderaba obteniendo el control de la patología y de sus respuestas a la misma.

Los mismos autores defienden una serie de actividades generales para el manejo de la vulvodinia, detalladas a continuación en la Tabla 5.

Kingdon (24) también hace referencia a las medidas de higiene descritas por Groysman (23). Además de afirmar la importancia de explicar los múltiples tratamientos existentes, hace hincapié en explicar que ningún tratamiento es efectivo al 100%, que existen múltiples terapias y que también están disponibles terapias de pareja.

Por último, la autora afirma que el colectivo enfermero es el socio ideal para la atención sanitaria a las mujeres con vulvodinia, debido a que la enfermería enfatiza en la educación del paciente, especialmente teniendo en cuenta la potencial duración a largo plazo de esta patología. Hace referencia a recursos útiles tanto para los pacientes como para los profesionales que desconozcan la patología, y afirma que son fiables, y que las enfermeras pueden remitir a los pacientes a que las consulten y darles información basada en esos recursos; algunos de ellos ya se han nombrado anteriormente como la NVA, otros son la *Vulval Pain Society*, *Vulvar Pain Foundation*.

**Tabla 5. Actividades generales para el manejo de la vulvodinia**

<b>Actividades generales</b>
Validar los síntomas, ser comprensivo.
Tratar cualquier alteración visible, como puede ser eritema.
Uso de estrógenos por vía tópica.
Suspender los irritantes como lavados excesivos de la zona, el uso de lubricantes irritantes, la ropa ajustada, duchas vaginales, toallitas húmedas, secador de pelo.
Aplicar lubricante durante la actividad sexual, que no sean irritantes.
Aplicar lidocaína viscosa al 2% o lidocaína en pomada al 5% para el dolor, 20 minutos antes de mantener relaciones sexuales.
Aplicar compresas frías.
Evaluar y manejar la depresión.
Ofrecer educación, tanto para la paciente como para la pareja.
Remitir al paciente a la NVA.
Remitir a la paciente y a su pareja a terapia sexual y asesoramiento para ayudarles a lidiar con los síntomas.

*Fuente: New Concepts and Review of the Literature (23). Elaboración propia*

En la revista *Journal of Midwifery & Women's Health* se publicó un documento (25) para compartirlo con las mujeres con vulvodinia, en el cual se hace referencia a qué es la vulvodinia, que tratamientos existen, qué medidas se pueden llevar a cabo y recursos de información para aclarar dudas; es decir, lo que se ha descrito anteriormente se encuentra recogido en este documento para facilitar información a las pacientes. El documento además cuenta con una imagen del aparato genital femenino, en el cual viene señaladas las diferentes zonas en las que las pacientes pueden sentir dolor. Se adjunta el mismo en el Anexo 2.

En un estudio llevado a cabo por Brotto y colaboradores (26) se demostró que existía mejoría en el manejo de los síntomas psicológicos como la depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide tras un programa de intervención educativa con mujeres

diagnosticadas de vulvodinia provocada. La muestra estaba formada por 29 mujeres con vulvodinia provocada, las cuales participaron en tres sesiones, con una hora de duración, espaciadas cada dos semanas. Los grupos estaban formados entre cuatro y ocho mujeres; los seminarios fueron guiados por ginecólogos expertos en el manejo de vulvodinia. Las mujeres que formaban la muestra cumplimentaron un cuestionario antes de los seminarios, justo después de cada uno de ellos, y a los seis meses de la realización de los mismos. En la tabla 6 se especifican los contenidos de las tres sesiones.

**Tabla 6. Contenido seminarios educativos**

<p><b>Seminario</b> <b>1</b></p>	<p>-Qué es la vulvodinia provocada -Cómo se diagnostica -Descripción general de las opciones de tratamientos existentes para reducir el dolor, recuperar la salud sexual y la estabilidad del suelo pélvico</p>
<p><b>Seminario</b> <b>2</b></p>	<p>-Presentar información que ayude a la mujer a entender el mecanismo del dolor neuropático y como ciertos estados psicológicos (depresión, ansiedad) y comportamientos (centrarse en el dolor, catastrofismo, evitación) pueden producir una respuesta exacerbada al estímulo doloroso. -Abordar en detalle el impacto negativo de la vulvodinia provocada en las relaciones sexuales y en la salud sexual, aportando sugerencias sobre cómo manejar el placer sexual sin coito para ayudar a restablecer la confianza en la intimidad de las relaciones</p>
<p><b>Seminario</b> <b>3</b></p>	<p>-Mostrar casos de mujeres que ilustren las opciones de manejo en la vulvodinia.</p>

*Fuente: Impact of Educational Seminars on Women with Provoked Vestibulodynia (26).  
Elaboración propia*

Los resultados del estudio mostraron que el efecto en la mejora de la excitación sexual era significativo en relación al antes y el después de la intervención educativa. También obtuvieron que la mejoría en la función sexual fue significativa comparándola con la de antes de la intervención y la de después, este efecto continuó también a los 6 meses de repetir el cuestionario. Ocurrió lo mismo en relación a la reducción de la angustia

sexual. También hubo efecto significativo tras el seminario en la reducción de los síntomas de la ansiedad, justo después de la intervención y a los seis meses.

Las autoras (26) creen que los seminarios educativos tuvieron un impacto positivo en las pacientes ya que se proporcionó una información clara, bien organizada y relevante, además de la realización en grupo de los mismos. También destacan que aunque los seminarios fueron intervenciones educativas y no terapias de grupo o psicológicas, hubo una mejora significativa en el funcionamiento psicológico. Además afirman que sus resultados sugieren que la educación en mujeres con vulvodinia provocada en un formato estandarizado fuera del centro médico puede ser óptima para reducir la angustia y optimizar el tratamiento. Comentan que aunque las parejas no estaban incluidas en las sesiones, la importancia de los factores relacionados con la pareja, incluyendo la duración de la actividad sexual, fueron tratadas en las sesiones.

Otro estudio (27) en la misma línea que el anterior, tuvo como objetivo evaluar 10 semanas de tratamiento en el hospital a través de un programa multidisciplinar, integrando entrenamiento de habilidades psicológicas, fisioterapia del suelo pélvico, tratamiento médico para los resultados de dispareunia (dolor durante el coito) y función sexual en mujeres con vulvodinia.

La muestra del estudio consistió en 132 mujeres diagnosticadas de vulvodinia provocada, 116 completaron el cuestionario tras el programa multidisciplinar, y un total de 84 lo cumplieron a los 3-4 meses post intervención.

En cuanto a los resultados, había altos niveles de evitación de la intimidad (38,1%) y las actividades que provocaban la excitación sexual (40,7%), con muchas mujeres (50,4%) que optan por centrarse en la excitación y la satisfacción sexual de su pareja al inicio del estudio. Con el tratamiento, más de la mitad de la muestra (53,8 %) informaron de mejoras significativas en la dispareunia. Tras el programa multidisciplinar de la vulvodinia, hubo fuertes efectos significativos para la reducción de la dispareunia y la angustia relacionada con el sexo, y las mejoras en la excitación sexual y el funcionamiento sexual global. Más modesto, pero aún eran estadísticamente significativas mejoras en el deseo sexual, la lubricación, la función orgásmica, y la satisfacción sexual. Todas las mejoras se mantuvieron en los 2-3 meses de seguimiento.

El contenido de las sesiones del programa multidisciplinar se estructuró de la siguiente manera:

<b>Número de Sesiones</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenido</b>
Una sesión	1 hora	Sesión introductoria, explicación de la fisiopatología y visión general de los tratamientos médicos, de comportamiento y quirúrgico.
Una sesión	1 hora	Revisión de la respuesta sexual y del impacto del dolor vulvar en el deseo, excitación y satisfacción.  <u>Objetivo:</u> aportar información clara, estructurada y precisa, en un entorno que facilitase realizar preguntas y recibir apoyo por parte del especialista y de otras pacientes.
Tres sesiones	2 horas cada sesión	<u>Objetivo:</u> Habilidades psicológicas. Cada sesión aportó una combinación de psicoeducación, apoyo y la enseñanza y puesta en práctica de habilidades psicológicas.
Tres sesiones individuales	1 hora cada sesión	Fisioterapia del suelo pélvico.  <u>Objetivo:</u> educación sobre el rol de los músculos del suelo pélvico en el mantenimiento del dolor en la vulvodinia provocada.
Una sesión	1 hora	Hablar del progreso durante el programa multidisciplinar, de la adquisición de las habilidades e identificar la necesidad de gestión profesional continua (médica, fisioterapia, sexual y/o psicológica), y proporcionar recursos de la comunidad.

*Fuente: Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. Elaboración propia*

Como conclusiones, afirman que el estudio proporciona un fuerte apoyo para la eficacia del enfoque multidisciplinar para mejorar la dispareunia y todos los dominios de la función sexual en mujeres con vulvodinia provocada, también recalca los beneficios de

incorporar la educación en salud sexual dentro de las estrategias generales para el manejo del dolor en mujeres con vulvodinia.

Otro estudio (28) tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un tratamiento multidisciplinar que combinaba terapia fisioterápica y psicosexual. La muestra fueron 24 mujeres diagnosticadas de vulvodinia provocada. Las sesiones con el terapeuta psicosexual incluyeron cuestiones sobre el funcionamiento sexual, ajuste psicológico y la eliminación de estrés, las sesiones de fisioterapia fueron guiadas por una matrona especialista, incluyeron ejercicios para la desensibilización de la mucosa y el restablecimiento de la función del suelo pélvico. A los 6 meses de la intervención se realizó una evaluación a través de la cumplimentación de un cuestionario. El 79% de las mujeres consideraron que se habían curado o que habían mejorado mucho. La frecuencia de las relaciones sexuales se vio aumentada y el dolor en el coito disminuyó tras completar el tratamiento. Las mujeres informaron de mejoras en el funcionamiento sexual y las estrategias de afrontamiento para el deterioro psicológico y el estrés. El 75% sintieron una mejora en la habilidad de establecer límites psicológicos respecto al trabajo, la vida social, la familia y con su pareja. Por lo tanto las mujeres con vulvodinia provocada se ven beneficiadas de un modelo de tratamiento multidisciplinar el cual incluye desensibilización de la mucosa vestibular, la rehabilitación del suelo pélvico y ajuste psicosexual.

Anteriormente se hizo referencia a lo que afirmaba Sadownik (10), el primer paso para ayudar a la paciente y su pareja era validar que el dolor que sufría era real. Además coincide con otros autores (23,24) en que proporcionar información acerca de la patología es imprescindible, pero profundiza en este aspecto. Propone el uso de maquetas de la pelvis y/o diagramas claros sobre la anatomía para hacer énfasis en las zonas de la vulva afectadas y la relación entre la vulva, los músculos del suelo pélvico, los nervios periféricos y el sistema nervioso central.

El segundo paso que propone la autora es proporcionar sugerencias para el cuidado de la piel y el manejo de los síntomas, siempre individualizados, centrados en el paciente, afirmando que la promoción del auto-cuidado en pacientes con dolor crónico puede estar asociada al aumento de la eficacia del tratamiento.

En cuanto al manejo de la vulvodinia a través de terapia sexual o psicológica, un ensayo clínico aleatorizado realizado por Masheb y colaboradores (29) cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia como

tratamiento de la vulvodinia, demostró que los tratamientos psicosociales para mujeres con vulvodinia eran efectivos.

De las 50 participantes, 25 fueron tratadas con TCC y 25 con psicoterapia, el 84% completó las 10 semanas de tratamiento y el 94% completó el seguimiento post tratamiento de un año. Las mujeres que participaron en el ensayo tuvieron un descenso significativo en la intensidad del dolor, un 42% lograron una mejoría clínica. La TCC en comparación con la psicoterapia logró una mejoría significativa en la intensidad del dolor durante el examen médico, así como una mejoría en la función sexual. Los efectos de ambos tratamientos, TCC y psicoterapia, se mantuvieron un año después. Las pacientes del grupo de la TCC informaron de una mejora del tratamiento, satisfacción y credibilidad significativamente mayor a las del grupo de la psicoterapia.

Las pacientes de ambos grupos de tratamiento mejoraron significativamente en las medidas de las dimensiones claves: intensidad del dolor, función sexual y emocional.

La TCC consiste en un enfoque de tratamiento dirigido el cual implica el aprendizaje y la práctica de habilidades de afrontamiento del dolor y autogestión del mismo, aporta mejores resultados y una mayor satisfacción que el tratamiento con un enfoque menos dirigido como es la psicoterapia.

Continuando con la eficacia de los tratamientos psicológicos, se llevó a cabo una revisión sistemática y una meta-análisis por Flanagan y colaboradores (30) cuyo objetivo fue examinar la eficacia combinada y relativa de tratamientos psicológicos para estados de dolor vaginal. Las medidas de resultado principales fueron el dolor y la función sexual; los resultados mostraron que el tratamiento psicológico y el tratamiento médico tenían efectos equivalentes entre las mujeres con estados de dolor vaginal, incluida la vulvodinia. Además la eficacia fue equivalente independientemente de la causa del dolor, médica o psiquiátrica, lo que indica que no influye la causa del dolor para seleccionar el tratamiento.

Los autores (30) afirman que un simple vistazo de la revisión haría postular que las intervenciones médicas, como la medicación o la cirugía afecta al dolor vía cambios en el sistema periférico del dolor, mientras que los tratamientos psicológicos median en la experiencia del dolor a través de los altibajos en los aspectos emocionales y cognitivos del dolor. Concluyen afirmando que sigue habiendo dudas sobre la eficacia relativa y en general de los tratamientos psicológicos para el dolor vaginal, pero añaden que si la



conclusión preliminar de que los tratamientos psicológicos son igualmente eficaces para todos tipos de dolor vaginal es apoyada por investigación adicional, se podría argumentar que el método menos invasivo de tratamiento debe ofrecerse primero, siendo este el tratamiento psicológico.

Las guías de práctica clínica mencionadas anteriormente (13,15) también recogen la necesidad de educación a las pacientes para un correcto manejo de la vulvodinia. Haefner y colaboradores (13) afirman que un asesoramiento inicial y educación acerca de la patología pueden llevarse a cabo en la primera cita médica; esto incluye la realización de una evaluación básica del funcionamiento sexual, la normalización de las dificultades, ofrecer sugerencias simples con respecto a las posiciones sexuales, lubricación, el cese temporal de la relación sexual, alternativas a las relaciones sexuales y la información de los recursos que existen, tales como la lectura, sitios web y grupos de apoyo.

Respecto a la guía de práctica clínica elaborada por la BSSVD (15) destacar la recomendación número 6, en la cual hacen referencia a que los pacientes deben recibir una explicación adecuada de su diagnóstico, así como información escrita relevante sobre la patología; en el caso de la prescripción de fármacos como tratamiento, se debe enseñar al paciente como tomar la medicación.

Tras haber hecho referencia a varios tipos de tratamiento, se muestra un cuadro obtenido de una revisión del diagnóstico y el tratamiento para la vulvodinia (31) en el cual aparecen los diferentes tipos de tratamientos y abordaje según deberían emplearse, como se comentó anteriormente, comenzar por lo menos invasivo y la educación a la paciente para continuar si estos no son efectivos con tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.

- Diagnóstico preciso: identificar y corregir cualquier anomalía
- Encontrar y eliminar todos los factores desencadenantes
  - Tratar todas las infecciones
  - No utilizar irritantes tópicos, llevar ropa interior de algodón, no utilizar tangas, no ponerse ropa interior para dormir, cuando se realice ejercicio, quitarse lo antes posible la ropa húmeda.

- Lavar la ropa interior con detergente hipoalergénico, no utilizar suavizantes ni secador.
- Evitar el uso de compresas y medias
- Considerar dejar el tratamiento con anticonceptivos orales
- Tratar otras patologías relacionadas con el dolor, como pueden ser migrañas, o cistitis
- Desarrollar un equipo multidisciplinario para el dolor vulvar
- Educar y orientar
  - Asesoramiento general
  - Terapia cognitiva del dolor para aprender a “apagar el bucle del dolor”
  - Terapia sexual
- Control de dolor local – lidocaína o gabapentina en pomada o bloqueadores del dolor.
- Control de dolor central
  - a. La *amitriptilina*, *nortriptilina*, *imipramina*. Una cantidad mínima aparece en la leche materna. Iniciar la terapia cada noche a partir de 5-25 mg y aumentar poco a poco a 10-25 mg a la semana, hasta 150 mg por la noche.
  - b. Anti-convulsivantes – *gabapentina*, *pregabalina*. La *gabapentina* se comienza normalmente en 100-300 mg por la noche, aumentando gradualmente en dosis divididas tres veces al día hasta un total de 3.600 mg
  - c. Medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina – norepinefrina. La *venlafaxina* se inicia a 37,5 mg al día, y poco a poco se puede incrementar a 225 mg al día. La *duloxetina* puede iniciarse en 30 mg al día, y aumentar a 60 mg por día después de 1 semana
- Fisioterapia para evaluación y tratamiento
- Clínica del dolor de:
  - a. Bloqueos nerviosos para “ajustar los receptores del dolor”
  - b. Dispositivos intervencionistas (estimuladores de las raíces sacras)

### c. Coordinación de medicaciones complejas para el dolor

- Cirugía para la vulvodinia localizada

Son muchos los autores (10)(13-18) que afirman que es necesaria una valoración exhaustiva y minuciosa del dolor: conocer cómo es el dolor, en que zonas aparece, que estímulos lo agravan, cuales lo palian. También afirman que la valoración es una herramienta útil para conocer cómo afecta el dolor en la vida de la mujer, es decir, el impacto de la patología, obteniendo en la mayoría de los casos afectación del patrón sexual y psicosocial.

Está descrito que un correcto abordaje del patrón sexual debe llevarse a cabo cuando la mujer aún se encuentre vestida y se haya establecido una relación terapéutica, además de informarle del tipo de preguntas que se van a realizar (13)(16)(18).

Tras la revisión de la literatura, también se puede afirmar que la vulvodinia tiene un impacto negativo respecto a otras patologías en la calidad de vida (8)(21, 22), en el patrón sexual (8)(19,20)(22) y en la esfera psicosocial, afectando en las relaciones y emociones, no solo de pareja sino en el trabajo o con la familia (20-22).

Por último, en relación al tratamiento de las mujeres con vulvodinia, destacar la necesidad de intervenciones educativas para empoderar a las pacientes respecto al manejo de la vulvodinia, enseñándoles en que consiste la patología, que opciones de tratamiento existen y los cuidados que pueden emplear para aliviar los síntomas (10)(13)(15)(23,24). También se demostró que existía mejoría en los síntomas sexuales y psicológicos tras intervenciones educativas (26); en la misma línea, se puede afirmar que las intervenciones educativas llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario son eficaces (27, 28).

En cuanto a los tratamientos psicosociales (psicoterapia y terapia cognitivo conductual), también se demostró que eran eficaces como tratamiento para mujeres con vulvodinia (29, 30).

Quiero destacar la afirmación que realiza Kingdon (24) respecto al colectivo enfermero: *“es el socio ideal para la atención sanitaria a las mujeres con vulvodinia, debido a que la enfermería enfatiza en la educación del paciente, especialmente teniendo en cuenta la potencial duración a largo plazo de esta patología”*.

Declarar mi total conformidad con la autora, el colectivo enfermero debería tener un papel imprescindible en la atención de mujeres con vulvodinia; ya que es el colectivo que proporciona educación a los pacientes y el que realiza un seguimiento de los pacientes crónicos. Además de estar capacitado para llevar a cabo una valoración minuciosa del dolor así como del patrón sexual y psicosocial.

## **CONCLUSIONES**

Tras la revisión de la literatura llevada a cabo con el objetivo anteriormente descrito, se han obtenido las siguientes conclusiones:

- Ejecutar un abordaje en las consultas de enfermería a través de la valoración focalizada sobre el patrón sexual de la mujer que sufre dolor vulvar, obteniendo datos de la afectación en la calidad de vida.
- Desarrollar intervenciones educativas que incluyan: descripción de la patología, opciones de tratamiento existentes y herramientas y cuidados para manejar el dolor y la consecuente afectación diaria que produce.
- Realizar recomendaciones sobre ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.
- Facilitar información sobre asociaciones o grupos de mujeres con vulvodinia, para compartir experiencias.

## **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

Es necesario continuar con la investigación acerca de la vulvodinia para esclarecer la etiología de la misma y saber con mayor precisión cual es el algoritmo de tratamiento a seguir. Deben llevarse a cabo estudios más fiables, como ensayos clínicos aleatorizados (ECA), con muestras más representativas ya que los que se han realizado hasta ahora han contado con muestras escasas y alguno nos contaban con grupos. La duración de los estudios y el seguimiento de los resultados en muchos estudios no han existido y en algunos ha sido corto, únicamente seis meses de duración; al tratarse de una patología crónica el seguimiento de las pacientes debería ser mayor.

Cabe destacar la ausencia de investigación sobre vulvodinia en España, los estudios utilizados para la revisión se llevaron a cabo en Estados Unidos; creo que es necesario que se investigue esta patología en nuestro país, ya que el impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres es notable y es necesario que se reconozca la patología y se aborde para favorecer el bienestar de las mujeres.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen C, Lundvall L, Kristensen E, Giraldi A. Vulvodinia. Definition, diagnosis and treatment. Acta Obstet Gynecol Scand [revista en Internet] 2008 [acceso 30 de enero 2016]; 87 (9): 893-90. Disponible en: <http://goo.gl/wWcYhc>
2. Gallo JL. Vulvodinia, un problema olvidado y difícil de resolver. Clin Invest Gin Obst [revista en Internet] 2011 [acceso 28 de octubre 2015]; 38 (6): 234-9. Disponible en: <http://goo.gl/gh2HQu>
3. Itza F, Zarza D, Gómez-Sancha F; Salinas J; Baurtant E. Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia. Actas Urol Esp [revista en Internet] 2012 [acceso 28 de octubre de 2015]; 36 (7): 431-438. Disponible en: <http://goo.gl/xp3iI8>
4. Bornstein J, Goldstein A, Coady D. 2015 Consensus terminology and classification of persistent vulvar pain. En: XXIII Congreso Mundial. Nueva York; 2 de Septiembre 2015. Nueva York: ISSVD; 2015. Disponible en: <http://goo.gl/HqujQe>
5. Reed B, Legocki L, Plegue M, Sen A, Haefner H, Harlow S. Factors Associated with Vulvodinia Incidence. Obstet Gynecol [revista en Internet] 2014 February [acceso 1 de febrero de 2016]; 123(201): 225–231. Disponible en: <http://goo.gl/x4CkDM>
6. Reed B, Harlow S, Sen A, Legocki L, Arato N, Haefner H. Prevalence and demographic characteristics of vulvodinia in a population-based sample. Am J Obstet Gynecol [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de febrero 2016]; 206: 170. Disponible en: <http://goo.gl/xtYDSD>
7. National Vulvodinia Association [sede web]. Estados Unidos: National Vulvodinia Association; 1994 [acceso 28 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.nva.org/>
8. Arnold L, Bachmann G, Kelly S, Rosen R, Rhoads G. Vulvodinia: Characteristics and Associations with Co-Morbidities and Quality of Life. Obstet Gynecol [revista en Internet] 2006 [acceso 4 de febrero 2016]; 107(3): 617–624. Disponible en: <http://goo.gl/BGAfJa>
9. Reed B, Harlow S, Sen A, Edwards R, Di Chen, Haefner H. Relationship Between Vulvodinia and Chronic Comorbid Pain Conditions. Obstet Gynecol [revista en

- Internet] 2012 [acceso 9 de febrero 2016]; 120(1): 145–151. Disponible en: <http://goo.gl/23Sfio>
10. Sadownik L. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Int J Womens Health* [revista en Internet] 2014 [acceso 4 de febrero 2016]; 6: 437–449. Disponible en: <http://goo.gl/DDTtAQ>
  11. Ventolini G, Gyax S, Adelson M, Cool D. Vulvodynia and fungal association: A Preliminary report. *Med Hypotheses* [revista en Internet] 2013 [acceso 11 de febrero 2016]; 81(2): 228-30. Disponible en: <http://goo.gl/HnvDZS>
  12. Thornton A, Drummond C. Current concepts in vulvodinia with a focus on pathogenesis and pain mechanisms. *Australas J Dermatol* [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de enero 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/LTOjge>
  13. Haefner H, Collins M, Davis G, Edwards L, Foster D, Heaton Hartmann E et al. The Vulvodynia Guideline. *J low genit tract di* [revista en Internet] 2005 [acceso 31 de enero 2016]; 9 (1): 40-51. Disponible en: <http://goo.gl/jQS9om>
  14. Reed B. Vulvodynia: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* [revista en Internet] 2006 [acceso 31 de enero 2016]; 73 (7): 1231-8. Disponible en: <http://goo.gl/jQS9om>
  15. Mandal D, Nunns D, Byrne M, McLelland J, Rani R, Cullimore J et al. British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group. Guidelines for the management of vulvodinia. *Br J Dermatol* [revista en Internet] 2010 [acceso 8 de febrero 2016]; 162(6):1180-5. Disponible en: <http://goo.gl/MThjE7>
  16. Cox K, Neville C. Assessment and management options for women with vulvodynia. *J Midwifery Womens Health* [revista en Internet] 2012 [acceso 2 de febrero 2016]; 57 (3): 231-40. Disponible en: <http://goo.gl/T52S7h>
  17. De Andrés J, Sanchis-López N, Asensio-Samper J, Fabregat-Cid G, Villanueva-Pérez V, Monsalve Dolz V et al. Vulvodynia- An evidence-based literature review and proposed treatment algorithm. *Pain Pract* [revista en Internet] 2015 [acceso 31 de enero 2016]; 16(2):204-36. Disponible en: <http://goo.gl/jQS9om>
  18. Henzell H, Berzins K. Localised provoked vestibulodynia (vulvodynia): assesment and management. *Aust Fam Physician* [revista en Internet] 2015 [acceso 25 de febrero 2016]; 44 (7): 460-6. Disponible en: <http://goo.gl/RKjI25>



19. Sargeant H, O`Callaghan F. The impact of chronic vulval pain on quality of life and psychosocial well-being. Aust N Z J Obstet Gynaecol [revista en Internet] 2007 [acceso 17 de marzo 2016]; 47 (3): 235-9. Disponible en: <http://goo.gl/FFJSHT>
20. Plante A, Kamm M. Life events in patients with vulvodynia. BJOG [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de febrero 2016]; 115 (4): 509-14. Disponible en: <http://goo.gl/BesUxQ>
21. Jelovsek E, Walters M, Barber M. Psychosocial Impact of Chronic Vulvovaginal Conditions. J Reprod Med [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de febrero 2016]; 53 (2): 75-82. Disponible en: <http://goo.gl/3vokIm>
22. Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren M. Effects of vulvodynia on quality of life. J Am Acad Dermatol [revista en Internet] 2009 [acceso 4 de febrero 2016]; 60 (1): 70-6. Disponible en: <http://goo.gl/qJMiZ>
23. Groysman V. Vulvodynia: New Concepts and Review of the Literature. Dermatol Clin [revista en Internet] 2010 [acceso 14 de marzo 2016]; 28 (4): 681-96.
24. Kingdon J. Vulvodynia: a comprehensive review. Nurs Womens Health [revista en Internet] 2009 [acceso 28 de octubre 2015]; 13 (1): 48-57. Disponible en: <http://goo.gl/bY5AGV>
25. American College of Nurses-Midwives. Share with women: Vulvodynia. J Midwifery Womens Health [revista en Internet] 2012 [acceso 6 de marzo 2016]; 57 (3): 309-10. Disponible en: <http://goo.gl/19SBDK>
26. Brotto L, Sadownik L, Thomson S. Impact of Educational Seminars on Women with Provoked Vestibulodynia. J Obstet Gynaecol Can [revista en Internet] 2010 [acceso 22 de marzo 2016]; 32 (2): 132-8. Disponible en: <http://goo.gl/ERZtqE>
27. Brotto L, Yong P, Smith K, Sadownik L. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. J Sex Med [revista en Internet] 2015 [acceso 29 de febrero 2016]; 12 (1): 238-247. Disponible en: <http://goo.gl/mqjZyo>
28. Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof L. Combined Physical and Psychosexual Therapy for Provoked Vestibulodynia- An Evaluation of a Multidisciplinary Treatment Model. J Sex Res [revista en Internet] 2008 [acceso 26 de febrero 2016]; 45 (4): 378-85. Disponible en: <http://goo.gl/slnvqH>

29. Masheb R, Kerns R, Lozano C, Minkin M, Richman S. A Randomized Clinical Trial for Women with Vulvodynia: Cognitive-behavioral Therapy VS Supportive Psychotherapy. Pain [revista en Internet] 2009 [acceso 17 de febrero 2016]; 141 (1-2): 31-40. Disponible en: <http://goo.gl/IqvENP>
30. Flanagan E, Herron K, O`Driscoll C, Williams A. Psychological treatment for vaginal pain: Does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. J Sex Med [revista en Internet] 2015 [acceso 27 de febrero 2016]; 12 (1): 3-16. Disponible en: <http://goo.gl/C1w4po>
31. Danby C, Margesson L. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. Dermatol Ther [revista en Internet] 2010 [acceso 26 de febrero 2016]; 23 (5): 485-504. Disponible en: <http://goo.gl/DxAy15>

**ANEXO 1: CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE VULVODINIA  
DESARROLLADO POR LA ISSVD**

**Patient Name/identification number:** \_\_\_\_\_

**ISSVD Vulvodynia Pattern Questionnaire**

**Purpose:**

To better separate vestibulodynia (vulvar vestibulitis syndrome) from generalized vulvodynia (dysesthetic vulvodynia, essential) and identify additional previously recognized and unrecognized patterns and factors

**Demographics:**

1) Age \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

2) Country of birth \_\_\_\_\_

3) Race (circle one) African background                      Hispanic/Latin                      White

Asian/Pacific                      Islander/Native                      American

4) Marital status (circle one)                      single                      married                      divorced  
widowed                      significant other

5) Educational level (circle highest level attended)                      high school  
college/trade school                      graduate school

Or, years of education                      1-8                      8-12                      above 12

6) Profession \_\_\_\_\_

7) Estrogen status (circle one) premenopausal  
postmenopausal, no hormone replacement  
postmenopausal, hormone replacement by mouth or patch  
postmenopausal, vaginal hormone cream

8) At about what age did you experience menopause? \_\_\_\_\_

9) Was your menopause (circle one)                      natural                      following removal of ovaries

10) Number of previous pregnancies \_\_\_\_\_

11) *Date of last pregnancy* \_\_\_\_\_

12) *Abortions/miscarriages (number)* \_\_\_\_\_

13) *Have you breastfed a child in the past 8 months?*      Yes      No

**Symptoms**

1) *What are your symptoms? (circle all that apply)*

- burning      stinging      rawness      irritation
- soreness      itching      stabbing      knife-like
- paper-cuts      aching
- other \_\_\_\_\_

**All symptoms will be referred to as “pain” in this questionnaire, even though your own symptoms may not be pain, but rather burning, irritation, rawness, etc.**

2) *Date these symptoms first began (if different symptoms began at different times, please indicate the date of onset of each symptom)*

\_\_\_\_\_

3) *If you have pain with intercourse, how long following your first intercourse did this begin?* \_\_\_\_\_

4) *Have you **ever** experienced comfortable intercourse? (circle one)*      yes      no

4) *Did something happen to start your pain, such as a vaginal infection, surgery, delivery of a baby, etc? (circle one)*      yes      no

*If yes, what was this?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) *Location of pain (indicate on drawing on last page)*

6) *Does touching the area or pressure to the area cause pain?*

yes      no      sometimes

7) *Is there pain only when the area is touched?*

yes      no

8) Which of the following produces pain?

Sexual intercourse                      yes                no

    If yes,

        With penetration                      yes                no

        During intercourse                      yes                no

        After intercourse                      yes                no

        With all partners                      yes                no

Insertion of tampon                      yes                no

Tight clothing or blue jeans                yes                no

Riding a bicycle or horse                      yes                no

Urination                      yes                no

    In the absence of intercourse                yes                no

Urination

    Only following intercourse                yes                no

Other (describe)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9) Do you ever have pain/burning/irritation/rawness/soreness when nothing is touching the area and you have not recently had sexual intercourse?

Yes                No

10) Are your symptoms worse (circle all that apply)                      before your period  
                    during your period                      after your period                      between periods  
                    no relation to periods                      not applicable/not having periods

**Other Problems**

1) Do you have constipation?                Yes                No

2) *Do you have diarrhea?*    Never            Occasionally (more than 3 times a year)  
    Often                    Always/Usually

3) *Do you have problems with:*

*Burning or stinging with urination?*    Never            Sometimes  
    Often            Always/Usually

*Difficulty starting your stream?*    Never            Sometimes  
    Often            Always/Usually

*Leaking urine?*    Never            Sometimes  
    Often            Always/Usually

*Sudden need to urinate immediately*    Never            Sometimes  
    Often            Always/Usually

4) *Which of the following problems do you have? (circle)*

- |  |   |
|--|---|
| Fibromyalgia   | High blood pressure                       |
| Frequent headaches   | Angina pectoris/heart attacks             |
| Frequent urinary tract infections  | Diabetes mellitus                         |
| Chronic fatigue syndrome   | Genital herpes                            |
| Low energy levels  | Thyroid disease                           |
| Depression   | Sinus problems/hay fever                  |
| Difficulty sleeping  | Allergies to medications                  |
| Weight gain or loss of more than ten pounds unintentionally in the past six months |   |
| Back pain  | TMJ syndrome<br>(temporomandibular joint) |
| Pelvic pain  |   |

5) *Have you had an abnormal Pap smear? (circle one)*            yes            no

*If yes, please write what your understanding of the diagnosis and how you were treated*

---

---

6) *What do you use for birth control? (circle all that apply)*

Birth control pills	condoms with spermicide
diaphragm with spermicides	condoms alone
intrauterine device (IUD) no birth control	surgical (tubes tied, hysterectomy) other

7) *How long have you used each of these methods of birth control*

---

---

---

### **Previous Treatment**

*Please circle any types of medications you have used, and circle your response to that medication*

<u>Type of Therapy</u>	<u>The therapy made me</u>	
<i>Creams or suppositories for yeast infections</i>	Worse/burned	Little change
	Much Better	
<i>Medication by mouth for yeast infections</i>	Worse	Little change
	Much Better	
<i>Cream or ointment antibiotic for bacterial infection</i>	Worse/burned	Little change
	Much Better	
<i>Antibiotic by mouth for bacterial infections</i>	Worse	Little change
	Much Better	
<i>Cortisone or steroid creams or ointments</i>	Worse/burned	Little change
	Much Better	

*Cortisones, prednisone, or steroid by mouth*      Worse      Little change  
Much Better

*Estrogen cream*      Worse/burned      Little Change  
Much Better

*Testosterone cream or ointment*      Worse/burned      Little change  
Much Better

*Tricyclic medications (amitriptyline, desipramine, and imipramine)*

*If yes, what medication, what dose did you reach, and how long did you take it?*

\_\_\_\_\_      Worse      Little change  
Much Better

\_\_\_\_\_      Worse      Little change  
Much Better

\_\_\_\_\_      Worse      Little change  
Much Better

*Other antidepressant medications (if yes, what medication, what dose did you take, and how long did you take it?)*

\_\_\_\_\_      Worse      Little change  
Much Better

\_\_\_\_\_      Worse      Little change  
Much Better

\_\_\_\_\_      Worse      Little change  
Much Better

*Twelve local interferon injections*      Worse      Little change  
Much Better



<i>Narcotic pain medications, such as codeine, hydrocodone, oxycodone, morphine, methadone)</i>	Worse Much Better	Little change
<i>Soaks (Aveeno, Burrow's Domeborrows)</i>	Worse/burned Much Better	Little change
<i>Moisturizers (Replens, KY Jelly, Vaseline)</i>	Worse/burned Much Better	Little change
<i>Gabapentin (Neurontin)</i>	Worse Much Better	Little change
<i>Add dose and length of treatment</i> _____		
<i>Effexor (venlafaxine)</i>	Worse Much Better	Little change
<i>Add dose and length of treatment</i> _____		
<i>Lamictil</i>	Worse Much Better	Little change
<i>Add dose and length of treatment</i> _____		
<i>Topical anesthetics, such as Xylocaine (lidocaine) or pramoxine</i>	Worse/burned Much Better	Little change
<i>Calcium oxalate alone</i>	Worse/burned Much Better	Little change
<i>Add length of treatment</i> _____		
<i>Low oxalate diet with calcium oxalate</i>	Worse/burned Much Better	Little change
<i>Add dose and length of treatment</i> _____		

*Other medications (please list, including dose and length of treatment)*

_____	Worse/burned	Little change
	Much Better	
_____	Worse/burned	Little change
	Much Better	
_____	Worse/burned	Little change
	Much Better	

<i>Pelvic floor rehabilitation/biofeedback</i>	Worse	Little change
	Much Better	

<i>Vestibulectomy</i>	Worse/burned	Little change
	Much Better	Cured

*Other surgery (list, then circle response)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Worse/burned      Little Change      Much Better      Cured

What is your height? \_\_\_\_\_ Weight? \_\_\_\_\_

**Physical examination**

- 1) Height \_\_\_\_\_
- 2) Weight \_\_\_\_\_
- 3) *Erythema present (indicate location on map?)*      Normal/mild      Moderate      Severe
- 4) *Other abnormalities, including erosions, agglutination, pigment changes*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5) *Area of pain as indicated by patient (indicate on map)*
- 6) *Pain to pressure with cotton-tipped applicator (indicate on map)*

*For each area indicate mild, moderate or severe*

7) Appearance of vaginal mucosa (circle one)

Normal

Erythema mild moderate severe patchy

Erosions few/small moderate/medium size  
large/extensive

Atrophic (pale, smooth, dry) slight moderate marked

8) Vaginal secretion appearance (circle one)

Normal/white/creamy green/yellow  
white,"cottage cheese" blood/menses  
none/scant

9) Vaginal secretion quantity (circle one) decreased average increased

10) Vaginal pH \_\_\_\_\_

11) Microscopic appearance of vaginal secretions (check one)

*increased*

normal or absent [slight moderate marked]

Lymphocytes \_\_\_\_\_

Neutrophils \_\_\_\_\_

Yeast hyphae \_\_\_\_\_

Pseudohyphae \_\_\_\_\_

Budding yeast only \_\_\_\_\_

Trichomonads \_\_\_\_\_

Clue cells \_\_\_\_\_

Immature epithelial \_\_\_\_\_

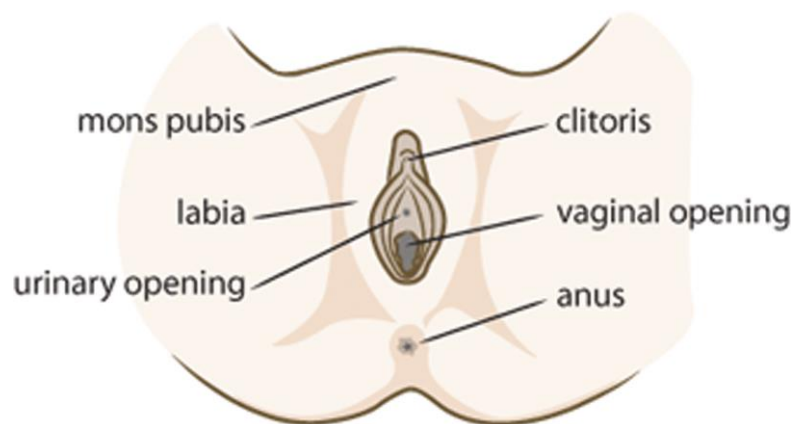
cells

Lactobacilli \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2: SHARE WITH WOMEN: VULVODYNIA.**

### **What is my vulva and why is it important?**

The vulva, which is the area between your thighs, has 5 parts: the mons pubis, labia majora and labia minora, clitoris, urinary opening (opening to the urethra), and vaginal opening. The mons pubis is the tissue and skin that is covered in pubic hair. It protects the pubic bone and the rest of the vulva. The labia majora and labia minora are the outer and inner lips that cover the vaginal opening and the urinary opening. The clitoris, which is a woman's sexual organ, is just above the urinary opening.



### **What is vulvodynia?**

Vulvodynia is chronic pain of the vulva when no other cause is found. This pain can feel like stabbing, stinging, burning, or irritation. Each woman feels the pain differently. For some women, the pain is in just one area of the vulva. Others have pain in several places. Some women have pain only when pressure is applied to the vulva like during sex or putting in a tampon. Others have pain that happens on its own. These women may have pain that is worse with activities that put pressure on the vulva like sitting and wearing pants.

### **What causes vulvodynia?**

We do not know for sure what causes vulvodynia. Some believe it is a problem with the nerves around the vulva. Others think it has to do with the way your body responds to pain. Researchers continue to search for the exact cause.

### **What should I do if I think I have vulvodynia?**

If you have pain in your vulvar area, you should see a health care provider to discuss this. Your provider will ask about your medical history and the pain you are having. A complete pelvic examination will be done to check the health of your vulva and try to find a cause of your pain. Your provider may perform a test where a cotton swab is used to put gentle pressure on different areas of your vulva. This gives your provider a better idea of where your pain is and how bad it hurts.

### **What lifestyle changes can I make to help with my vulvodynia?**

Some changes in the way you care for your vulva may help you have less pain:

- Avoid things that may irritate your vulva like soaps, shampoo, perfumes, douches, bubble baths, and scented pad or tampons.
- Wash your vulva with warm water and pat it dry with a soft towel.
- Wear 100% cotton underwear with loose fitting pants or skirts.
- Do not use traditional lubricants during sex. Instead use natural vegetable oils like olive oil.

For more details on how to care for your vulva and keep it healthy, see the Share with Women handout on vulvar care at [www.sharewithwomen.org](http://www.sharewithwomen.org).

### **What is the treatment for vulvodynia?**

Unfortunately, there is no cure for vulvodynia. But, there are treatments that can help you have less pain.

Treatment is often decided on by trial and error because we do not yet know what the best treatments for vulvodynia are.

- Pain relief cream, such as lidocaine jelly, can be used to numb the painful areas. These creams can cause stinging and numbness in your partner's penis. You should not use them during oral sex.
- Oral medicines that are used to treat depression or seizures also can be used to treat vulvodynia.
- Physical therapy can help relax your pelvic floor muscles, which can make your pain better.

- Some alternative therapies like acupuncture and hypnosis may be useful.
- As a last resort, surgery can be used for women who do not respond to other treatments. Different types of surgeries remove different parts and amounts of the vulva. Most women are satisfied with their pain relief after surgery. Surgery can cause bleeding, infection, sensitive scar tissue, decreased lubrication, and a change in the appearance of the vulva.

### **How do I cope with the pain?**

Having this type of pain can be very stressful for you and your partner. Depression, anxiety, and hopelessness are common for women with vulvodynia. If you feel this way, you are not alone. Going to counseling can help you deal with these feelings better and can help with your pain and sexual function. It may be helpful for your partner to go to counseling with you.

### **For More Information**

**National Vulvodynia Association:** <http://nva.org>

**Vulval Pain Society:** <http://www.vulvalpainsociety.org>

**American Physical Therapy Association:** <http://www.apta.org/>

The “Find a PT” tab will allow you to search for a women’s health physical therapist.