



REVISIÓN

Eficacia de la fisioterapia en el dolor pélvico crónico. Revisión sistemática cualitativa



C. Martín-Corrales^{a,*} y M. Torres-Lacomba^b

^a Facultad de Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^b Grupo de Investigación Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer, Universidad de Alcalá, Madrid, España

Recibido el 22 de junio de 2014; aceptado el 12 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 28 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico;
Trastornos de suelo
pélvico;
Dolor pélvico

Resumen

Objetivo: El objetivo de esta revisión sistemática cualitativa es determinar la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento del dolor pélvico crónico, así como qué intervención fisioterapéutica es la más eficaz.

Estrategia de búsqueda y selección de estudios: Se realizaron búsquedas bibliográficas en las principales bases de datos de las ciencias de la salud: PubMed, Cochrane Plus, PEDro, IME y *Web of Science*, y en las revistas no indexadas del área, entre octubre de 2013 y mayo de 2014. Se analizaron los estudios, su nivel de evidencia y calidad metodológica y se aplicaron criterios de exclusión e inclusión. Se incluyeron aquellos estudios que fuesen ECA, realizados en población adulta, publicados en inglés o español. Se excluyeron aquellos que no aplicasen técnicas fisioterapéuticas, realizados en población infantojuvenil, que abordasen la región lumbar o que tratasen dolencias de carácter agudo.

Síntesis de resultados: Se seleccionaron un total de 25 artículos, todos con una calidad metodológica de 1 según la escala SIGN. Los estudios se clasificaron en 8 categorías según el tipo de intervención fisioterapéutica.

Conclusiones: Los tratamientos de fisioterapia son beneficiosos en el abordaje del dolor pélvico crónico. De todos ellos, el que presenta mayor eficacia en la disminución del dolor es la electroterapia. Además, también mejoran otros aspectos como la calidad de vida, la sintomatología urinaria y gastrointestinal, la función sexual y los aspectos psicológicos. Son necesarios estudios que investiguen la efectividad de la fisioterapia frente a otras terapias, así como de las distintas intervenciones fisioterapéuticas entre sí.

© 2014 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.martincorra@gmail.com (C. Martín-Corrales).

KEYWORDS

Chronic pain;
Pelvic floor disorders;
Pelvic pain

Efficiency of physiotherapy in chronic pelvic pain. Qualitative systematic review**Abstract**

Objective: The aim of this review is to determine the best physiotherapy technique for the treatment of chronic pelvic pain.

Search strategy and study selection: All major health-science databases were consulted between October 2013 and May 2014, including PubMed, Cochrane Plus, PEDro, IME and *Web of Science*, as well as journals not indexed in data bases of the field., The studies were analysed, level of scientific evidence and methodological quality, and inclusion and exclusion criteria were applied. Inclusion criteria were randomised controlled clinical trials, applied to adults, in English or Spanish. Those studies that did not apply physiotherapy techniques were excluded from the survey, as well as those focused on the child and adolescent population, chronic lumbar pain, or acute pelvic pain.

Summary of results: A total of 25 articles were selected for the review. All of them were randomised clinical trials, and all of them classified as 1 according to the SIGN scale. Trials were classified in 8 different categories, depending on the type of physiotherapy intervention.

Conclusions: Physiotherapy treatments are effective in the treatment of chronic pelvic pain, particularly electrotherapy, which proved to be the best. Moreover, they improve other aspects of chronic pelvic pain, such as quality of life, urinary and gastrointestinal symptoms, sexual function and psychological aspects. Furthermore, more quality scientific trials on the effectiveness of physiotherapy over other therapies and over other physiotherapy techniques are needed.

© 2014 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) se define como un dolor persistente en ausencia de dolencia infecciosa o tumoral, percibido en la región pélvica, de duración mayor de 6 meses o con un mecanismo de aparición no agudo de sensibilización central de corta duración^{1,2}. Es un problema importante tanto por su frecuencia como por su morbilidad. Afecta tanto a hombres como a mujeres, si bien estas últimas son las más aquejadas; y aunque la multicausalidad del DPC dificulta establecer su prevalencia, se estima que un 25% de las mujeres en edad reproductiva sufren de DPC en distintos niveles de afectación³. En un reciente estudio de prevalencia llevado a cabo en la provincia de Málaga, las autoras sitúan la prevalencia de DPC en un 22,8%⁴.

Las causas del DPC son muy diversas, destacando, según su origen, las ginecológicas, urológicas, anorrectales, musculoesqueléticas y neurológicas. Además poseen una estrecha relación con alteraciones cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales negativas. Todos estos aspectos no solo dificultan su diagnóstico y posterior abordaje terapéutico, sino que invitan a considerar el DPC como una entidad clínica multidisciplinar y multifactorial⁵.

Existen diversas hipótesis sobre el origen multisistémico del DPC que explicarían la variabilidad de su sintomatología. Las más aceptadas son la convergencia viscerovisceral, la convergencia viscerosomática, la convergencia somatovisceral y la sensibilización central. La inervación de distintas vísceras y del componente somático de la pelvis se produce en el asta dorsal. Esto puede provocar que una afectación en una víscera pueda afectar a otra (convergencia

viscerovisceral), de la misma manera que una víscera puede producir una dolencia a nivel somático (convergencia viscerosomática), y una alteración somática puede afectar al funcionamiento de una víscera (convergencia somatovisceral). Por su parte la sensibilización central responde al mecanismo mediante el cual se genera un cambio estructural en el sistema nervioso central, lo que produce cambios en la percepción del dolor, que se mantienen a lo largo del tiempo⁶.

El DPC abarca distintos sistemas y por tanto existen diversas dolencias relacionadas inherentes a cada uno de ellos. Ejemplo de estas dolencias relacionadas con el DPC son la endometriosis, la dispareunia, la vulvodinia, la cistitis intersticial, la prostatitis, la coccigodinia, la proctalgia, las disfunciones del suelo pélvico, el síndrome del elevador, etc. (fig. 1)¹.

El abordaje terapéutico del DPC se enfoca tanto a partir del tratamiento del DPC en sí mismo, como a partir del tratamiento de enfermedades o trastornos que pueden ser causa o contribuir al DPC. Estos 2 enfoques no son mutuamente excluyentes y, en muchos casos, los mejores resultados se logran mediante la combinación de ambos. Los tratamientos podrían clasificarse en farmacológico, psicológico, quirúrgico y fisioterapéutico, este último de reciente incorporación. La existencia de una gran variedad de modalidades terapéuticas es reflejo de la limitada eficacia de estas, ya que en la mayoría de los casos los resultados no son totalmente satisfactorios, siendo a menudo necesario la combinación o el uso alternativo de varias de ellas⁵.

La fisioterapia ofrece diversas actuaciones que pueden mejorar tanto la sintomatología como la calidad de vida

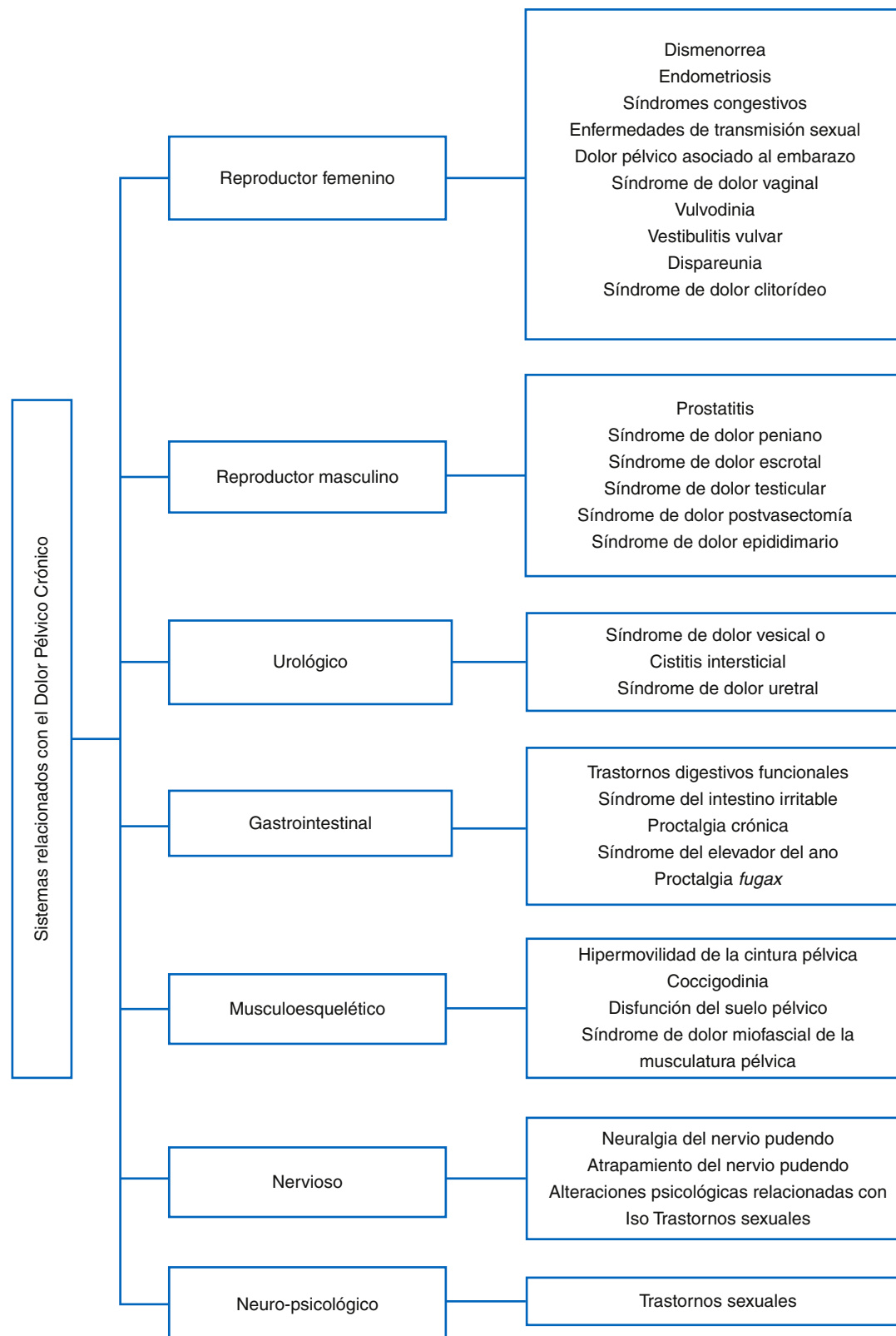


Figura 1 Patologías relacionadas con el dolor pélvico crónico según sistemas.

de las personas que sufren DPC, además de facilitarles estrategias para que gestionen su dolor de manera más eficaz^{7,8}. La incorporación en este último decenio de la fisioterapia como alternativa terapéutica al DPC muestra

un amplio abanico de tratamientos fisioterapéuticos cuya evidencia científica parece aún por determinar; así como establecer cuál de los tratamientos fisioterapéuticos es más eficaz.

Objetivos

El principal objetivo de esta revisión sistemática cualitativa (RSC) es determinar qué intervenciones fisioterapéuticas se emplean en el tratamiento del DPC, así como cuál o cuáles muestran mayor eficacia.

Además se proponen una serie de objetivos secundarios como determinar qué tipo de terapia muestra mayor eficacia en la disminución del dolor así como en la mejoría de la calidad de vida, de la sintomatología urinaria y gastrointestinal, de la función sexual y de las alteraciones psicológicas que padecen los sujetos con DPC.

Finalmente, se pretende conocer los efectos a medio y largo plazo de estos tratamientos sobre el dolor y la calidad de vida de los sujetos con DPC, y la adherencia al tratamiento en los diferentes tipos de terapia.

Estrategia de búsqueda

La información se ha recuperado entre los meses de octubre de 2013 y mayo de 2014, a través de búsquedas en las bases de datos científicas PubMed, Cochrane Plus, PEDro, IME y *Web of Science*, así como de búsquedas manuales en las revistas *Fisioterapia* y *Cuestiones de Fisioterapia*.

En todas las bases de datos se ha procedido a la combinación de diferentes palabras clave: pelvic floor (disorders), pelvic pain, chronic pain, perineal pain, miofascial pain syndromes, trigger points, referred pain, physical therapy, physiotherapy, interstitial cystitis, chronic prostatitis, dysmenorrhea, dyspareunia e irritable bowel syndrome, con el objetivo de abarcar todas las publicaciones sobre el tema.

Todos estos términos fueron adaptados a las necesidades específicas de las distintas bases de datos, como por ejemplo el idioma, como se describe a continuación.

En la base de datos de Pubmed, se realizó una búsqueda con los términos del Mesh en inglés. Las ecuaciones de búsqueda fueron (*physical therapy*) AND (*chronic pelvic pain*) AND (*pelvic floor*); (*physical therapy*) AND (*chronic pelvic pain*); (*physical therapy modalities*) AND [(*myofascial pain syndrome*) OR (*myofascial trigger point*)] AND (*pelvic pain*); (*physical therapy*) AND (*pelvic pain disorders*); (*physical therapy*) AND (*chronic prostatitis*); (*physical therapy*) AND (*interstitial cystitis*); (*physical therapy*) AND (*dysmenorrhea*); (*physical therapy*) AND (*dyspareunia*); y (*physical therapy*) AND (*irritable bowel syndrome*).

En la base de datos PEDro, al tratarse de un buscador de gran simplicidad, se realizaron 2 búsquedas distintas, todas ellas en inglés. La primera «*abstract y title: chronic pelvic pain/problem: pain/body part: perineum or genito-urinary system/Topic: chronic pain*»; y la segunda «*abstract y title: chronic pelvic pain/problem: pain/body part: lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis/Topic: chronic pain*».

En Cochrane Plus, las búsquedas fueron iguales que las anteriores empleando los términos en castellano. Se realizaron 8 búsquedas: (fisioterapia) AND (dolor pélvico crónico) AND (suelo pélvico); (fisioterapia) AND (dolor pélvico crónico); (fisioterapia) AND [(síndrome de dolor miofascial) OR (punto gatillo miofascial)] AND (dolor pélvico); (fisioterapia) AND (prostatitis crónica); (fisioterapia) AND (cistitis intersticial); (fisioterapia) AND (dismenorrea); (fisioterapia) AND

(dyspareunia); (fisioterapia) AND (síndrome del intestino irritable).

Por último, en las bases de datos IME e ISI (*Web of Knowledge*) se realizaron el mismo número de búsquedas con los mismos términos.

Por otra parte, las búsquedas manuales en las revistas *Fisioterapia* y *Cuestiones de Fisioterapia* se realizaron en los números correspondientes a los 10 últimos años utilizando las mismas palabras clave.

Selección de estudios

Los resultados obtenidos en estas búsquedas se sometieron a los criterios de exclusión e inclusión.

Se incluyeron todos aquellos estudios que fuesen ensayos clínicos aleatorios (ECA) o metaanálisis, cuyo idioma de publicación fuese el inglés o español, así como todos aquellos realizados en humanos, concretamente en población adulta.

Se excluyeron todos aquellos artículos que no aplicasen agentes físicos o tratamientos relativos a la fisioterapia, que se centrasen en alteraciones o sintomatología pélvica infantil o juvenil, que exclusivamente abarcaran el dolor crónico lumbar y no el lumbopélvico, que se refiriesen a dolor de carácter agudo, subagudo, o con una relación causa-efecto directa con una causa orgánica, o que se refirieran a dolor pélvico durante el embarazo o puerperio.

En la primera búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 92 estudios que, tras ser sometidos a los criterios de inclusión y exclusión se redujeron a 59. Posteriormente se eliminaron los resultados coincidentes y se seleccionaron un total de 25 estudios que fueron incluidos en esta RSC (fig. 2).

Tras la recuperación de los artículos seleccionados se procedió a su análisis crítico. Por un lado se recabó el factor de impacto de la revista en la que fueron publicados según el *Journal citations report* (ISI)⁹ del año 2011 y por otro, se llevó a cabo un análisis individual de la calidad metodológica según la *Scottish intercollegiate guidelines network* (SIGN)¹⁰. La SIGN está dividida en 8 niveles, con puntuaciones de 1 a 4 donde 1++ es el máximo nivel de evidencia y 4 el mínimo. Con el propósito de determinar la calidad metodológica de los estudios, y de esta forma poder clasificarlos según el nivel de evidencia SIGN, cada artículo fue evaluado de forma independiente a través de la declaración Consort¹¹, puesto que todos fueron ECA.

Síntesis de resultados

Tras la lectura crítica, todos los ECA incluidos en esta RSC obtuvieron una puntuación igual o superior a 1- en la escala SIGN.

Los estudios se clasificaron en 8 categorías según el tipo de intervención fisioterapéutica: fisioterapia manual, electroterapia, magnetoterapia, termoterapia, ejercicio terapéutico, reeducación conductual, terapias alternativas, y los que comparaban diferentes terapias tanto de fisioterapia como de otras disciplinas.

De todos ellos se extrajeron los datos más relevantes para facilitar su comparación y análisis: los objetivos, las intervenciones, las variables resultado y sus instrumentos

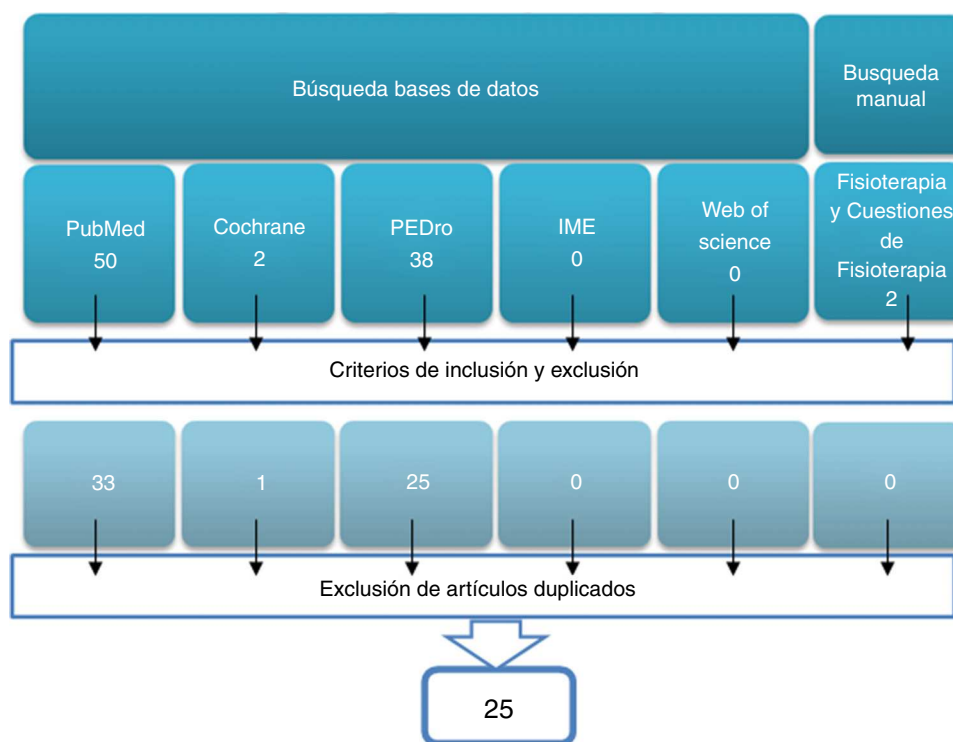


Figura 2 Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.

de medida, los resultados, el seguimiento, la adherencia terapéutica y las limitaciones del estudio. Los datos más relevantes encuentran reflejados en las [tablas 1–6](#).

En cuanto a los instrumentos de medida, cabe destacar que estos son múltiples, dependiendo de la variable analizada, y sobre todo, de la dolencia de que se trate, puesto que en lo que se refiere al impacto de los síntomas con los que cursan diferentes dolencias sobre la calidad de vida hay tantos cuestionarios como dolencias. En el caso de la presente RSC, puesto que la variable resultado principal es el dolor, las más empleadas en los ECA recabados son: 1) la Escala analógica visual (EVA)¹²; 2) el Cuestionario de dolor *McGill* que cuantifica la intensidad, la calidad y la localización del dolor¹³; 3) el *NIH-Chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI)*¹⁴; y 4) el *IC symptom and problem index (ICSPI)*.

Fisioterapia manual

Seis estudios proponen el abordaje del DPC mediante fisioterapia manual ([tabla 1](#)).

En el estudio de FitzGerald¹⁵ tras las 10 semanas de intervención no se realizó seguimiento posterior, la adherencia al tratamiento, según Buchanan¹⁶, se considera alta ya que solo se registra el abandono de 3 sujetos (6,25% del total). En un estudio previo FitzGerald¹⁷ se realizó un seguimiento a los 3 meses de la intervención en el que se mantenían los resultados obtenidos tras la intervención. Durante el estudio se registraron 3 abandonos (un 3,7% del total); la adherencia al tratamiento disminuyó a los 3 meses con un abandono de 12 sujetos (20,6% del total).

Heyman¹⁸ realizaba un seguimiento al mes y medio de la intervención pero solo del grupo control. La adherencia al

tratamiento es alta¹⁶ debido a que se registraron 6 abandonos en todo el proceso, lo que representa un 12% de la muestra total.

Por su parte, Maigne¹⁹ realizó un seguimiento a los 6 meses de la intervención, en el que se mostró que la tasa de respuesta individual fue del 22% en el grupo de intervención y del 12% en el grupo placebo. La adherencia al tratamiento puede considerarse alta¹⁶ ya que solo 2 sujetos abandonaron en todo el proceso el estudio, un 1,9% del total.

Khatri²⁰ llevó a cabo un estudio similar, donde no se realizó ningún seguimiento posterior al estudio, además no es posible determinar la adherencia terapéutica puesto que no se concreta el número de abandonos durante el proceso.

Por último Kokjohn²¹ no realizó ningún seguimiento posterior y no se registró ningún abandono durante el proceso, lo que es lógico ya que se trata de una sola sesión de tratamiento.

Electroterapia

Siete estudios abordan el DPC mediante electroterapia, las intervenciones y resultados principales se reflejan en la [tabla 2](#).

Samhan²², Sikiru²³, Tugay²⁴ y Kabay²⁵ no realizaron ningún seguimiento posterior a la intervención y la adherencia al tratamiento es alta¹⁶ ya que no se registraron abandonos.

Murina²⁶ realizó un seguimiento a los 3 meses del estudio que mostró que los resultados de la EVA en el grupo tratamiento eran de un 2,8 cm frente al 5,6 cm del grupo placebo. La adherencia al tratamiento fue alta¹⁶ puesto que no se registró ningún abandono a lo largo de todo el proceso.

Tabla 1 Características y nivel de evidencia de los estudios sobre fisioterapia manual en el dolor pélvico crónico

Autores	Objetivos	Intervenciones	Variabes resultado	Resultados	FI	NE	País	TM	Año
FitzGerald MP, et al. ¹⁵	Comparar la eficacia del tratamiento de puntos gatillo miofasciales en prostatitis crónica y cistitis intersticial	Frente a masaje Western global y estiramientos domiciliarios, 10 sesiones, 1 hora semanal	Dolor, nivel de tensión muscular del suelo pélvico, calidad de vida, función sexual	Resultados favorables para el grupo de tratamiento miofascial, tasa de respuesta global 57% frente a 21% del grupo placebo. Mejora en el dolor, calidad de vida y función sexual según el ICSPi y la NHI-CPSI	3,914	1+	EE. UU.	24	2013
FitzGerald et al. ¹⁷	Comparar la eficacia del tratamiento miofascial en cistitis intersticial	Frente a masaje Western global y estiramientos domiciliarios, 10 sesiones, 1 hora semanal, 12 semanas	Dolor	Resultados favorables para el grupo tratamiento, el 59% mejora los resultados de la ICSPi frente al 26% del grupo placebo	3,914	1+	EE. UU.	40	2012
Khatri et al. ²⁰	Determinar la eficacia de la manipulación coccígea en el manejo de la coccigodinia	Grupo tratamiento: fonoforesis (US 1 MHz 1 W/cm ² durante 8 min), TENS (30 min a baja frecuencia) y la manipulación coccígea Grupo control fonoforesis y TENS. 10 días sucesivos	Dolor (intensidad) y minutos en sedestación libre de dolor	Se obtuvieron mejores resultados en la reducción de dolor de la EVA (79%) en el grupo tratamiento frente al control (21%)	-	1-	India	18	2010
Heyman et al. ¹⁸	Demostrar la eficacia de la distensión del suelo pélvico para disminuir el dolor pélvico crónico	Grupo tratamiento: abordaje intraanal durante 75 s, durante 2-3 semanas. Grupo control solo información	Dolor (intensidad, frecuencia, duración), calidad de vida	El grupo tratamiento disminuyó la intensidad, frecuencia y duración del dolor (95%) en la EVA, la dispareunia, la lumbalgia, las alteraciones del sueño y estado anímico frente al grupo control	1,85	1-	Suecia	25	2006

Tabla 1 (continuación)

Autores	Objetivos	Intervenciones	VARIABLES resultado	Resultados	FI	NE	País	TM	Año
Maigne JY, et al. ¹⁹	Evaluar la eficacia de la manipulación del cóccix intrarrectal en coccigodinia crónica	Grupo tratamiento: manipulaciones coccígeas, 3 sesiones de 5 min, incrementando la intensidad. Grupo control: onda corta en el sacro, 3 sesiones durante 10 días	Dolor	Mejora superior en el grupo de la manipulación con una tasa de respuesta individual del 26% frente al 14% del grupo placebo	3,220	1-	EE. UU.	51	2006
Kokjohn et al. ²¹	Demostrar el efecto de la manipulación espinal en la dismenorrea	Grupo tratamiento: manipulación a nivel de T10, L5-S1 y ASI. Grupo control: «manipulación falsa»	Dolor, niveles plasmáticos de prostaglandinas	La disminución del dolor abdominal, menstrual y lumbar en la escala EVA fue mayor en el grupo experimental frente al placebo	1,647	1-	EE. UU.	23	1992

FI: factor de impacto; NE: nivel de evidencia; TM: tamaño muestral.

En el estudio de Çoban²⁷ se realizó un seguimiento al mes del tratamiento en el que se registró una disminución del dolor en ambos grupos. Se registran 9 abandonos, 4 sujetos en el grupo tratamiento y 5 en el control, lo que supuso un 13,43% de la muestra.

Bernardes²⁸ no realizó seguimiento tras la intervención, tan solo un sujeto abandonó el estudio (un 3,8% de la muestra).

Magnetoterapia, termoterapia y reeducación conductual

Los resultados obtenidos sobre estas 3 técnicas se reflejan en la [tabla 3](#).

Solo se ha localizado un estudio en el que se aplica la magnetoterapia como tratamiento para el DPC, Brown²⁹, en el que no se realizó seguimiento posterior a la intervención. La adherencia al tratamiento se considera normal¹⁶ puesto que se registraron 20 abandonos a lo largo del proceso, 9 sujetos en el grupo tratamiento y 11 en el grupo placebo, lo que representa un 62,5% del total de la muestra.

En el caso de la termoterapia se hallaron 2 estudios que aplican la termoterapia profunda para paliar la sintomatología relacionada con el DPC^{30,31}. Lamina³¹ no realizó seguimiento posterior al tratamiento. El número de abandonos durante el proceso fue de 8 sujetos, un 25% del total, lo que representa una adherencia normal-baja¹⁶.

Por su parte, Gao³⁰ no realizó ningún seguimiento posterior; la adherencia terapéutica fue elevada ya que no se produjeron abandonos.

En ambos estudios se aprecia la eficacia de la termoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico convencional.

La tendencia actual en los tratamientos de fisioterapia es centrarse no solo en el componente físico de las alteraciones, sino actuar también sobre el componente cognitivo³². En esta línea, Haugstad^{33,34} realizó un seguimiento en el que se evaluó a los mismos sujetos tras un año de la intervención: el grupo experimental mostró una reducción del 64% de la EVA frente al 20% del grupo control. La adherencia terapéutica fue alta¹⁶ ya que solo se registraron 3 abandonos en el seguimiento anual, lo que supone un 7,5% de la muestra total.

Ejercicio terapéutico

Se han localizado 3 estudios que utilizan el ejercicio terapéutico para paliar la sintomatología del DPC ([tabla 4](#)).

Johannesson³⁵ y Daley³⁶ lo aplican en sujetos con síndrome de colon irritable. En el primer estudio³⁵ no se realizó un seguimiento posterior a la intervención. La adherencia terapéutica fue normal¹⁶, se registraron un total de 27 abandonos, 13 en el grupo tratamiento y 14 en el grupo control, un 36% del total de la muestra.

En el segundo estudio³⁶ se llevó a cabo un seguimiento a las 12 semanas de la intervención, en el que se mantenían los resultados previos. Se produjo un elevado número de abandonos, 13 en total, 6 en el grupo tratamiento y 7 en el grupo control, un 46,42% de la muestra.

Giubiley³⁷ no realizó seguimiento posterior al proceso. La adherencia al tratamiento se considera alta¹⁶ ya que se

Tabla 2 Características y nivel de evidencia de los estudios sobre electroterapia en el dolor pélvico crónico

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	Variables resultado	FI	NE	País	TM	Año
Çoban et al. ²⁵	Determinar la eficacia de las corrientes interferenciales en intestino irritable	Grupo corrientes interferenciales (frecuencia 4 kHz, frecuencia de barrido 80-150 Hz, intensidad 15-25 mA), grupo control; 12 sesiones 15 min, un mes	El grupo experimental registra mejores resultados en disminución del dolor según la EVA, sintomatología digestiva y calidad de vida	Dolor, síndromes gastrointestinales, calidad de vida	1,94	1+	Suiza	34	2012
Samhan et al. ²²	Evaluar la eficacia del TENS en prostatitis crónica de tipo III	Grupo TENS (100 Hz, 100 μ s, 25 mA) y antibióticos y analgésicos; grupo control tratamiento farmacológico y el TENS placebo; 20 min de tratamiento diario, 5 días/semana, 4 semanas	La calidad de vida y actividad electromiográfica de la musculatura del suelo pélvico muestra una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo tratamiento	Dolor y actividad muscular mediante electromiografía	-	1+	Egipto	20	2011
De Oliveira Bernardes et al. ²⁷	Determinar la eficacia de la electroestimulación intravaginal en casos de dolor pélvico crónico	Grupo tratamiento: estimulación intravaginal (8 Hz, intensidad) y otro placebo; 10 sesiones de 30 min, 2 veces semana. Tras 10 sesiones se cruzan los grupos 10 sesiones más	Disminución del dolor en la escala EVA pasando de un 50% al inicio del tratamiento a un 90% al final	Dolor	0,751	1+	EE. UU.	13	2010
Kabay S, et al. ²⁸	Evaluar la eficacia de la estimulación percutánea del nervio tibial posterior en prostatitis crónica tipo IIIB	Grupo tratamiento estimulación percutánea (200 μ s, 20 Hz, 1-10 mA) durante 30 min. Grupo control, estimulación placebo	Los resultados sobre dolor, la urgencia y la frecuencia según la EVA y la NIH-CPSI fueron mejores en el grupo experimental	Dolor, urgencia y sintomatología urinaria	1,07	1+	Suiza	45	2009
Sikiru et al. ²³	Determinar la eficacia del TENS en la prostatitis crónica	3 grupos: grupo TENS 60 Hz, 100 μ s, 25 mA, 20 min; grupo analgésico y grupo control (placebo); 5 veces semanales, un mes, 20 sesiones	Mayor efecto del TENS frente al grupo analgésico y al control en la disminución del dolor según el NIH-CPSI	Dolor, sintomatología de la prostatitis	0,742	1+	Brasil	12	2008

Tabla 2 (continuación)

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	Variables resultado	FI	NE	País	TM	Año
Murina et al. ²⁴	Demostrar la eficacia del TENS en el tratamiento de la vestibulodinia	2 grupos: grupo tratamiento TENS mediante una sonda intravaginal (15 min de 10 Hz, 50 μ s y 15 min de 50 Hz, 100 μ s a intensidades de 10-100 mA). Grupo placebo estimulación eléctrica inactiva (2 Hz, 2 μ s y 15 min de pausa); 20 sesiones 2 veces/semana	Se muestra un 75% de reducción del dolor en el grupo experimental frente a un 25% en el grupo placebo según la EVA	Dolor, síntomas de irritación y calor, disfunción sexual, dispareunia	3,76	1++	Reino Unido	20	2008
Tugay et al. ²⁶	Comparar la efectividad del TENS frente a las corrientes interferenciales en dismenorrea primaria	2 grupos: Grupo corrientes interferenciales (20 min, frecuencia 0-100 y 90-100 pulsos/s. Grupo TENS (20 min, 120 Hz, 100 μ s)	Resultados similares en ambos procedimientos	Dolor	2,459	1-	EE. UU.	16	2007

FI: factor de impacto; NE: nivel de evidencia; TM: tamaño muestral.

registraron 23 abandonos, 12 en el grupo tratamiento y 11 en el grupo control, un 22,33% de los participantes.

Terapias complementarias

Dentro del ámbito de las terapias complementarias se han encontrado 2 estudios que tratan de determinar la eficacia de la electroacupuntura en casos de DPC (tabla 5).

Ninguno de los 2 estudios realizó un seguimiento posterior de la muestra. En el caso de Lee³⁸ la adherencia al tratamiento fue alta¹⁶, solo 4 sujetos abandonaron el estudio, lo que representa tan solo el 10,25% de la muestra. Wu³⁹ no registra ningún abandono en su estudio, por lo que la adherencia al tratamiento se considera alta¹⁶.

Comparación de terapias

Se han incluido 2 estudios que comparan diversas terapias entre sí tanto de fisioterapia como de otras disciplinas (tabla 6).

Chiarioni⁴⁰ realizó un seguimiento posterior al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de la intervención; y seguimiento telefónico al año de la misma. A los 6 meses la disminución de la EVA fue del 57,7% en el grupo de *biofeedback*, del 20,8% en el grupo de masaje, y del 26,5% en el grupo de EEG. No se refleja el número de abandonos durante el estudio.

Por otro lado Bergeron⁴¹ llevo a cabo el seguimiento a los 6 meses de la intervención. Los resultados se muestran similares a los de la postintervención. La adherencia terapéutica fue normal¹⁶, 22 participantes abandonaron, un 25,28% del total de la muestra. Entre ellos destaca el grupo de intervención quirúrgica, en el que se produjeron 12 de estos abandonos.

Discusión

El objetivo principal de esta RSC es determinar el papel de la fisioterapia en el tratamiento del DPC así como evaluar la efectividad de las diferentes modalidades. Parece difícil determinar cuál de las diferentes intervenciones fisioterapéuticas es la más adecuada en el abordaje del DPC.

En el caso de los estudios dirigidos a sujetos con prostatitis crónica los mejores resultados se obtienen en la aplicación de electroterapia, concretamente del TENS^{22,23}, estimulación percutánea del tibial anterior²⁵ y la electroacupuntura³⁸; el ejercicio terapéutico³⁷ es también una herramienta eficaz en esta dolencia.

En los casos de vestibulodinia, el procedimiento destaca por su eficacia es el tratamiento con TENS²⁶, seguido del *biofeedback* y el tratamiento cognitivo-conductual⁴¹ que proporcionan unos resultados similares.

La dismenorrea primaria responde favorablemente a las técnicas de electroterapia, mostrando resultados similares con el uso de TENS²⁴, corrientes interferenciales²⁴ y electroacupuntura³⁹.

En los estudios sobre coccigodinia el tratamiento que mejores resultados ofrece es la manipulación coccigea¹⁹, seguido por el tratamiento con *biofeedback*⁴⁰.

La sintomatología del síndrome del intestino irritable responde bien al tratamiento mediante corrientes interferenciales²⁷ y ejercicio terapéutico^{35,36}.

Tabla 3 Características y nivel de evidencia de los estudios sobre magnetoterapia, termoterapia y reeducación conductual en el dolor pélvico crónico

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	Variables resultado	FI	NE	País	TM	Año
Brown et al. ²⁹	Determinar la eficacia de la magnetoterapia en el dolor pélvico crónico	2 grupos: grupo tratamiento magnetoterapia concéntrica y bipolar (500 G), grupo control tratamiento inactivo; 3-5 semanas	Los resultados en el cuestionario McGill son mejores en el grupo experimental (22%) que en el placebo (6%). La calidad del dolor mejoró un 40% tras el uso del campo magnético frente a un 3% en el grupo placebo	Dolor, incapacidad.	3,877	1+	EE. UU.	16	2002
Gao et al. ³⁰	Determinar la eficacia de la hipertermia por radiofrecuencia transrectal en prostatitis	Grupo tratamiento farmacológico 6 semanas; grupo tratamiento con hipertermia 60 min a 40-43° de temperatura, 5 días; grupo combinación de ambos tratamientos	Disminución significativa de la sintomatología y aumento de la calidad de vida en el NIH-CPSI	Dolor, micción, calidad de vida, niveles de especies reactivas de oxígeno (ROS) y cinc (Zn).	2,424	1+	EE. UU.	53	2012
Lamina et al. ³¹	Determinar la eficacia de la diatermia de onda corta en dolor crónico de enfermedades pélvicas inflamatorias	Grupo de diatermia de onda corta, 15 exposiciones de 20 min en días alternos; grupo analgésico y onda corta placebo; grupo control placebo: 30 días	Reducción del dolor en el grupo experimental frente a los otros 2, la reducción de la EVA fue de un 89 frente a un 39 y un 62%	Dolor	-	1+	EE. UU.	11	2011
Haugstad et al. ³⁴	Comparar la eficacia entre: tratamiento ginecológico clásico aislado o con terapia somatocognitiva de Mensendieck	Grupo tratamiento ginecológico estándar (tratamiento hormonal y asesoramiento); grupo tratamiento ginecológico estándar + terapia somatocognitiva de Mensendieck 10 sesiones de 1 h, 3 meses	El grupo tratamiento redujo un 48,4% los valores de la EVA frente a un 7,8% del control. Se mejoran los parámetros de postura, movimiento, bipedestación, posición pélvica en sedestación y el patrón respiratorio	Dolor, postura, movilidad, marcha, sedestación, patrón respiratorio	3,877	1+	EE. UU.	20	2008

Tabla 3 (continuación)

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	Variables resultado	FI	NE	País	TM	Año
Haugstad et al. ³³	Comparar la eficacia entre: tratamiento ginecológico clásico aislado o con terapia somatocognitiva de Mensendieck. Seguimiento 9 meses después de la intervención	Grupo tratamiento ginecológico estándar; grupo tratamiento ginecológico estándar + terapia somatocognitiva de Mensendieck; 10 sesiones de tratamiento de una hora durante 3 meses	Reducción en la EVA del 64% en el grupo tratamiento frente al 20% del grupo placebo	Dolor, postura, movilidad, marcha, sedestación, patrón respiratorio, ansiedad e insomnio, depresión, estado general de bienestar, funciones sociales y estrategias de afrontamiento	3,877	1+	EE. UU.	20	2006

FI: factor de impacto; NE: nivel de evidencia; TM: tamaño muestral.

De estos resultados se puede deducir que, en lo que a disminución del dolor se refiere, las técnicas más eficaces son las de electroterapia en todas sus formas. A pesar de que todos los estudios incluidos poseen una evidencia científica elevada, su heterogeneidad en cuanto a número de sesiones, instrumentos de medida, dolencias, forma de aplicación, etc. no permite comparar y determinar la eficacia de unas sobre otras.

Otras variables resultado relacionadas

En cuanto a otras variables resultado, de los 25 estudios que incluye esta RSC solo 8^{15,18,27,29,30,35-37} estudian los cambios que se producen en la calidad de vida de los sujetos tras la intervención. Las técnicas de fisioterapia manual^{15,18}, la magnetoterapia²⁹ y las corrientes interferenciales aumentan la calidad de vida de los sujetos en comparación con otras terapias. Esto coincide con otros estudios que aplican estas técnicas en otras dolencias que cursan con dolor crónico; Hechavarría⁴² aplicó magnetoterapia permanente bipolar en sujetos con osteoartritis generalizada, obteniendo una importante mejora en su calidad de vida y disminuyendo su preocupación frente a la enfermedad; al igual que Turan⁴³, que aplicó magnetoterapia en sujetos con espondilitis anquilosante, obteniendo resultados muy satisfactorios en cuanto a la calidad de vida. No se encuentran estudios similares en el caso de las corrientes interferenciales.

Siete^{15,17,23,25,30,37,38} de los estudios contemplan la sintomatología urinaria, principalmente la incontinencia urinaria, como variable resultado. El tratamiento de puntos gatillo miofasciales (PGM)^{15,17} y el ejercicio³⁷ reportan resultados favorables en este aspecto. Esto concuerda con los resultados que obtuvo Doggweiler⁴⁴ en un estudio de casos con cistitis intersticial, a los que aplicó tratamiento de fisioterapia manual en PGM de la musculatura pélvica obteniendo una disminución de la incontinencia urinaria en todos los sujetos. No se encuentran otros estudios que respalden el uso del ejercicio terapéutico como medida para tratar la sintomatología urinaria.

El tratamiento con estimulación percutánea del nervio tibial posterior²⁵ es muy efectivo para el tratamiento de la incontinencia de urgencia, pero no produce cambios ni en la de esfuerzo ni en las mixtas. Estos datos coinciden con los de Ricci⁴⁵ en la vejiga hiperactiva en casos de incontinencia urinaria mixta, en los que aplican estimulación percutánea del nervio tibial posterior, obteniendo una neuromodulación inhibitoria de las contracciones del detrusor, lo que eliminaba el componente de urgencia de la incontinencia pero no el de esfuerzo.

La principal sintomatología gastrointestinal se produce en los casos de síndrome del intestino irritable,^{327,35,36} de los estudios incluidos en la RSC la contemplan como variable resultado de sus trabajos. En el caso del ejercicio terapéutico^{35,36} se producen mejoras significativas en el estreñimiento, pero no en otros síntomas relacionados con estas dolencias. Por su parte las corrientes interferenciales²⁷ ayudan a disminuir la sensación de hinchazón, las flatulencias y facilitan la evacuación. No se han localizado otros estudios que avalen la eficacia de las corrientes interferenciales en la sintomatología del tracto gastrointestinal, sin embargo Sousa⁴⁶ demuestra en su estudio que la terapia con

Tabla 4 Características y nivel de evidencia de los estudios sobre ejercicio terapéutico en el dolor pélvico crónico

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	VARIABLES resultado	FI	NE	País	TM	Año
Johannesson et al. ³²	Demostrar la eficacia del ejercicio en síndrome intestino irritable	Grupo ejercicio físico controlado y cada 6 semanas prueba de esfuerzo; grupo control con apoyo telefónico; 12 semanas	Mejora de la sintomatología gastrointestinal, el 43% del grupo experimental redujo en más de 50 puntos en el <i>Irritable Bowel Syndrome Symptom Severity Score (IBS-SSS)</i> , frente a un 26% en el grupo control	Dolor, calidad de vida, depresión y ansiedad, fatiga, forma física, peso, saturación de oxígeno, síntomas digestivos, tiempo de tránsito orocecal	7,553	1+	EE. UU.	38	2011
Daley et al. ³⁶	Evidenciar la eficacia del ejercicio terapéutico en síndrome del intestino irritable	Grupo tratamiento, programa de 30 min de ejercicio de intensidad moderada, 5 semanales; grupo control	Mejora significativa del estreñimiento en el grupo experimental frente al placebo. El resto de los parámetros no muestran diferencias significativas	Calidad de vida, síntomas del síndrome del intestino irritable (dolor, diarrea y estreñimiento), participación en el ejercicio	2,268	1-	Alemania	28	2008
Giubilei et al. ³⁷	Determinar la eficacia del ejercicio terapéutico en prostatitis crónica tipo III	Grupo ejercicio terapéutico aeróbico; grupo placebo que realiza ejercicio anaeróbico leve (estiramientos) sin intención terapéutica; 3 veces a la semana, 18 semanas	Disminución del 25% de la puntuación de la NIH-CPSI en un 38,9% del grupo experimental frente a un 35% en el control y del 50% de la NIH-CPSI en un 19,4% del grupo experimental frente a un 5% en el control	Dolor, calidad de vida, ansiedad y depresión	3,914	11+	EE. UU.	51	2007

FI: factor de impacto; NE: nivel de evidencia; TM: tamaño muestral.

Tabla 5 Características y nivel de evidencia de los estudios sobre terapias alternativas en el dolor pélvico crónico

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	Variables resultado	FI	NE	País	TM	Año
Wu et al. ³⁹	Evaluar los efectos de la electroestimulación en puntos de acupuntura en mujeres jóvenes con dismenorrea	Grupo tratamiento electroacupuntura TENS de media frecuencia (120 Hz, 8 pps) en <i>Hegu</i> (L14 y <i>Sanyinjiao</i> (SP6); grupo control mismas corrientes en 4 pseudopuntos de manos y piernas; 20 min 2 veces/semana 8 semanas	Se obtiene una diferencia de 3,1 cm en la EVA del grupo experimental frente al control	Dolor	1,464	1+	EE. UU.	33	2012
Lee et al. ³⁸	Determinar la eficacia de la electroacupuntura en casos de prostatitis crónica o síndrome de dolor pélvico crónico	Grupo consejos y ejercicios y 12 sesiones de electroacupuntura (20 min), grupo consejos y ejercicios y 12 sesiones con electroacupuntura-placebo (20 min) y grupo solo consejos y ejercicio; 6 semanas	El dolor disminuyó 6 puntos en la NIH-CPSI en un 66% de los sujetos frente al 16,7% en los otros 2 grupos	Dolor, sintomatología de la prostatitis (NIH-CPSI), niveles de prostaglandina E ₂ y β-endorfina en fluido prostático	2,424	1+	EE. UU.	13	2009

FI: factor de impacto; NE: nivel de evidencia; TM: tamaño muestral.

Tabla 6 Características y nivel de evidencia de los estudios sobre comparación de terapias en el dolor pélvico crónico

Autores	Objetivos	Intervenciones	Resultados	Variabes resultado	FI	NE	País	TM	Año
Chiarioni et al. ⁴⁰	Determinar que tratamiento de fisioterapia es más eficaz para el síndrome del elevador del ano (<i>biofeedback</i> , estimulación electrogalvánica y masaje)	Grupo <i>biofeedback</i> 5 sesiones/semana 30 min; grupo estimulación electrogalvánica, 9 sesiones 30-45 min 3 veces/semana; grupo masaje y baños de asiento, 9 sesiones 3 veces/semana	Los resultados muestran que el <i>biofeedback</i> es superior frente a las otras 2 terapias siendo la disminución de la EVA del 59,6%, frente al 32,7% y el 28,3% en los otros 2 grupos	Dolor	12.821	1++	EE. UU.	53	2010
Bergeron et al. ⁴¹	Comparar la eficacia de 3 tratamientos en casos de dispareunia ocasionada por vestibulitis vulvar	Grupo terapia cognitiva-conductual (8 sesiones grupales 2 h. durante 12 semanas), grupo <i>biofeedback</i> (45 min diarios durante 12 semanas), y grupo vestibulectomía	La disminución del dolor es positiva en los 3 grupos siendo la disminución del <i>McGill Pain Questionnaire</i> de 70 puntos en el grupo de vestibulectomía, 23,7 en el <i>biofeedback</i> y 28,6 en la terapia cognitivo-conductual. Los 3 tratamientos ofrecen la misma eficacia respecto a la función sexual y el ámbito psicológico	Dolor (dispareunia), disfunción sexual y alteraciones psicológicas	6.125	1+	Holanda	26	2001

FI: factor de impacto; NE: nivel de evidencia; TM: tamaño muestral.

láser de baja frecuencia es una alternativa de gran eficacia sobre esta sintomatología.

En muchos casos el DPC afecta directamente a la función sexual de los sujetos y con ello, a su calidad de vida. Seis^{15,17,18,26,35,41} de los estudios cuantifican la función sexual como una variable a tener en cuenta tras el tratamiento. La fisioterapia manual^{15,17,18} se considera un tratamiento efectivo en el caso de mujeres con dispareunia provocada por cistitis intersticial, sin embargo no se registra ningún cambio tras el tratamiento en hombres con prostatitis crónica. Por el contrario, en un estudio previo Anderson⁴⁷, este aplicó tratamiento de fisioterapia manual en PGM a 146 hombres con disfunción sexual y obtuvo una mejora global en la sintomatología del 43% de los sujetos.

La aplicación de TENS²⁶, el tratamiento mediante *biofeedback*⁴¹ y la terapia cognitiva-conductual⁴¹ son eficaces para disminuir la dispareunia en el caso de mujeres con vestibulodinia, además registran un aumento en la frecuencia y cantidad de relaciones sexuales.

En 7^{15,18,33-35,37,41} de los estudios incluidos se valoran los factores psicológicos de los sujetos una vez que han sido tratados. En el caso de los tratamientos de fisioterapia manual^{15,18} se observa que disminuye la depresión y la irritabilidad emocional, y aumenta la calidad del sueño. Esto coincide con el estudio de Sarró⁴⁸, en el que se expone la estrecha relación que existe entre los PGM y las alteraciones psiquiátricas o psicológicas, y como tratándolos se producen grandes mejoras a nivel mental. El ejercicio terapéutico produce resultados contradictorios en este sentido³⁵⁻³⁷. Por último los tratamientos somatocognitivos^{33,34}, cognitivos-conductuales⁴¹ y la reeducación con *biofeedback*⁷ aportan grandes beneficios psicológicos ya que disminuyen la ansiedad, la depresión y el estrés producidos por su dolencia.

En cuanto al seguimiento, solo 7 de los 25 estudios incluidos realizan un seguimiento, entre un mes y un año, posterior a la intervención de los sujetos. En este sentido, es difícil determinar cuál de las terapias proporciona mayores beneficios a medio y largo plazo.

Según Ginarte⁴⁹ existen múltiples factores que condicionan la adherencia al tratamiento. Estos se clasifican en: los propios de la relación terapeuta-paciente, las características de la terapia, las características de la dolencia y los aspectos psicosociales del paciente. Por ello en los estudios de esta RSC la adherencia a los tratamientos es muy dispar y varía según el tipo de terapia, la duración del tratamiento, si existe o no un seguimiento posterior, etc. Cabe destacar que ninguno de los estudios incluidos posee una adherencia al tratamiento baja según la clasificación de Buchanan¹⁶. Entre los estudios que mayor número de abandonos registran se encuentran los que proponen el ejercicio terapéutico³⁵⁻³⁷ como medida de tratamiento y se realizan con seguimiento telefónico, pero no con una supervisión directa por parte del fisioterapeuta. De ello podría deducirse que la adherencia terapéutica se encuentra estrechamente ligada con la supervisión del tratamiento y que, concretamente, el ejercicio terapéutico y las actividades que requieren mayor implicación por parte del sujeto son las que se abandonan con mayor facilidad, tal y como afirman los estudios de Ginarte⁴⁹ y Matos⁵⁰. Cabe destacar que las técnicas que menos abandonos registran son las de electroterapia y, dentro de las mismas, concretamente las que aplican TENS^{22-26,39}.

Esta RSC cuenta con una serie de limitaciones que el lector debe tomar en consideración. La principal limitación, característica de las revisiones sistemáticas, es que se trata de un estudio retrospectivo, que puede implicar que haya sesgos en todas las fases del proceso, como el sesgo de publicación, o de idioma; ya que puede que existan estudios en otros idiomas diferentes al inglés o español que no se han incluido en esta revisión.

Asimismo, las revisiones siempre están limitadas por la calidad y cantidad de estudios. En este caso la heterogeneidad de los estudios incluidos, la variedad de instrumentos de medida empleados y el perfil de los participantes son completamente diferentes en unos estudios y en otros. También la subjetividad de los instrumentos de medida, ya que casi todos los artículos utilizan cuestionarios subjetivos para evaluar las mejoras, con la posibilidad de que sus resultados puedan verse influidos por otros factores como la simple participación de los sujetos en el ECA; las características de las diferentes intervenciones (no todas contemplan el doble enmascaramiento, aunque de los 25 ECA, 16 aplicaron doble ciego y al menos se enmascaraban las variables resultado principales en 4 de los 9 ECA restantes); los reducidos tamaños muestrales de la mayoría de los estudios; y finalmente la falta de seguimiento de 16 de los 25 estudios.

Por todo lo expuesto, esta RSC abre diversas futuras líneas de investigación como comparar la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas con las farmacológicas, así como entre distintas intervenciones fisioterapéuticas.

También sería interesante el diseño de un instrumento de medida estandarizado para el DPC que valore la intensidad del dolor y su repercusión en la calidad de vida de los sujetos, de tal manera que se facilite la comparación de resultados entre distintos estudios.

Conclusiones

Tras la revisión, se concluye que la fisioterapia muestra resultados positivos en la disminución del dolor pélvico crónico. La intervención que mayor efectividad muestra es el TENS. Respecto al resto de sintomatología relacionada con el DPC cabe destacar que la calidad de vida aumenta principalmente en los sujetos tratados con ejercicio terapéutico, fisioterapia manual, magnetoterapia y electroterapia con corrientes interferenciales; la sintomatología urinaria disminuye sobre todo en tratamientos de electroterapia como la electroacupuntura, el TENS y la estimulación percutánea del nervio tibial posterior; la sintomatología gastrointestinal mejora notablemente con el ejercicio terapéutico y las corrientes interferenciales; y en el caso de las disfunciones sexuales los tratamientos más efectivos son la fisioterapia manual, el TENS, la reeducación mediante *biofeedback*, la terapia cognitiva-conductual y el ejercicio terapéutico. El ejercicio terapéutico parece el más eficaz en el caso de las variables psicológicas.

Por otra parte, son necesarios estudios que profundicen sobre la efectividad de la fisioterapia frente a otras terapias como la farmacológica, y de las distintas intervenciones fisioterapéuticas entre sí; así como que valoren los resultados a medio y largo plazo.

La adherencia a los tratamientos parece mayor cuanto mayor es la implicación del fisioterapeuta y el sujeto en el

tratamiento, por lo que se debe tener en cuenta a la hora de diseñar tratamientos individualizados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2004;12:46:681-9.
- Merskey HBN. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Press. 2002.
- Zondervan KT. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Int Congr Ser.* 2005;1279:77-84.
- Diaz-Mohedo E, Hita-Contreras F, Luque-Suarez A, Walker-Chao C, Zarza-Lucianez D, Salinas-Casado J. Prevalence and risk factors of pelvic pain. *Actas Urol Esp.* 2014;38:298-303.
- Fall M, Baranowski A, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink E, et al. Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. 2010.
- Hoffman D. Understanding multisymptom presentations in chronic pelvic pain: The inter-relationships between the viscera and myofascial pelvic floor dysfunction. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15:343-6.
- Apte G, Nelson P, Brismee JM, Dedrick G, Justiz R 3rd, Sizer PS Jr. Chronic female pelvic pain-part 1: Clinical pathoanatomy and examination of the pelvic region. *Pain Pract.* 2012;12:88-110.
- Herbert B. Chronic pelvic pain. *Altern Ther Health Med.* 2010;16:28-33.
- Coslado M, Lacunza I, Ros G. Evaluación de la calidad de revistas científicas españolas: análisis de sus procesos de revisión. *EPI.* 2011;20:159-64.
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ.* 2001;323:334-6.
- Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gotzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg.* 2012;10:28-55.
- Crichton N. Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs.* 2001;10:706-706.
- Melzack R, Katz J. McGill Pain Questionnaire. En: *Encyclopedia of pain.* Springer; 2013. p. 1792-4.
- Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler JR, Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: Development and validation of a new outcome measure. *J Urol.* 1999;162:369-75.
- Fitzgerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol.* 2013;189 1 Suppl:575-85.
- Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychol Med.* 1992;22:787-97.
- FitzGerald MP, Payne CK, Lukacz ES, Yang CC, Peters KM, Chai TC, et al. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness. *J Urol.* 2012;187:2113-8.
- Heyman J, Ohrvik J, Leppert J. Distension of painful structures in the treatment for chronic pelvic pain in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:599-603.
- Maigne JY, Chatellier G, Faou ML, Archambeau M. The treatment of chronic coccydynia with intrarectal manipulation: A randomized controlled study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006;31:E621-7.
- Khatir SM, Jatti RS, Nitsure P. Effectiveness of coccygeal manipulation in coccydynia: A randomized control trial. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2010;4:93-5.
- Kokjohn K, Schmid DM, Triano JJ, Brennan PC. The effect of spinal manipulation on pain and prostaglandin levels in women with primary dysmenorrhea. *J Manipulative Physiol Ther.* 1992;15:279-85.
- Samhan AF, Abd-Elhalim NM, Elnegmy EH, Roiah MM. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of chronic pelvic pain syndrome: An evidence based electromyographic studies. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2011;5.
- Sikiru L, Shmaila H, Muhammed SA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in the symptomatic management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A placebo-control randomized trial. *Int Braz J Urol.* 2008;34:708-13, discussion 714.
- Tugay N, Akbayrak T, Demirturk F, Karakaya IC, Kocaacar O, Tugay U, et al. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation and interferential current in primary dysmenorrhea. *Pain Med.* 2007;8:295-300.
- Kabay S, Kabay SC, Yucel M, Ozden H. Efficiency of posterior tibial nerve stimulation in category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain: A sham-controlled comparative study. *Urol Int.* 2009;83:33-8.
- Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: A randomised controlled trial. *BJOG.* 2008;115:1165-70.
- Coban S, Akbal E, Koklu S, Koklu G, Ulasti MA, Ercek S, et al. Clinical trial: Transcutaneous interferential electrical stimulation in individuals with irritable bowel syndrome - a prospective double-blind randomized study. *Digestion.* 2012;86:86-93.
- De Bernardes NO, Marques A, Ganunny C, Bahamondes L. Use of intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain: A randomized, double-blind, crossover clinical trial. *J Reprod Med.* 2010;55(1-2):19-24.
- Brown CS, Ling FW, Wan JY, Pilla AA. Efficacy of static magnetic field therapy in chronic pelvic pain: A double-blind pilot study. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1581-7.
- Gao M, Ding H, Zhong G, Lu J, Wang H, Li Q, et al. The effects of transrectal radiofrequency hyperthermia on patients with chronic prostatitis and the changes of MDA, NO, SOD, and Zn levels in pretreatment and posttreatment. *Urology.* 2012;79:391-6.
- Lamina S, Hanif S, Gagarawa YS. Short wave diathermy in the symptomatic management of chronic pelvic inflammatory disease pain: A randomized controlled trial. *Physiother Res Int.* 2011;16:50-6.
- Nijs J, van Houdenhove B. From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther.* 2009;14:3-12.

33. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Klemmetsen I, Malt UF. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: Results of a randomized controlled intervention study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:1303–10.
34. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, et al. Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-term Mensendieck somatocognitive therapy: Results of a 1-year follow-up study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199, 615.e1-615.e8.
35. Johannesson E, Simren M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2011;106:915–22.
36. Daley AJ, Grimmett C, Roberts L, Wilson S, Fatek M, Roalfe A, et al. The effects of exercise upon symptoms and quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome: A randomised controlled trial. *Int J Sports Med*. 2008;29:778–82.
37. Giubilei G, Mondaini N, Minervini A, Saieva C, Lapini A, Serni S, et al. Physical activity of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome not satisfied with conventional treatments-could it represent a valid option? The physical activity and male pelvic pain trial: A double-blind, randomized study. *J Urol*. 2007;177:159–65.
38. Lee SH, Lee BC. Electroacupuncture relieves pain in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Three-arm randomized trial. *Urology*. 2009;73:1036–41.
39. Wu LL, Su CH, Liu CF. Effects of noninvasive electroacupuncture at Hegu (L4) and Sanyinjiao (SP6) acupoints on dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *J Altern Complement Med*. 2012;18:137–42.
40. Chiarioni G, Nardo A, Vantini I, Romito A, Whitehead WE. Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. *Gastroenterology*. 2010;138:1321–9.
41. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*. 2001;91:297–306.
42. Hechavarría S, Gay M, Hernández A, Bergues C. Eficacia de los imanes permanentes multipolares en el tratamiento del dolor crónico en pacientes con osteoartritis generalizada. *Medisan*. 2013;17:8070–9.
43. Turan Y, Bayraktar K, Kahvecioglu F, Tastaban E, Aydin E, Omurlu IK, et al. Is magnetotherapy applied to bilateral hips effective in Ankylosing spondylitis patients? A randomized, double-blind, controlled study. *Rheumatol Int*. 2014;1–9.
44. Doggweiler-Wiygul R, Wiygul JP. Interstitial cystitis, pelvic pain, and the relationship to myofascial pain and dysfunction: A report on 4 patients. *World J Urol*. 2002;20:310–4.
45. Ricci P, Freundlich O, Solà V, Pardo J. Neuromodulación periférica en el tratamiento de la incontinencia de orina: efecto de la estimulación transcutánea del nervio tibial posterior sobre la vejiga hiperactiva. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73:209–13.
46. Sousa VA. Intervención fisioterápica en pacientes con enfermedades funcionales del tracto gastrointestinal [trabajo fin de grado]. Salamanca: Universidad de Salamanca. Departamento de bioquímica y biología molecular; 2010.
47. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol*. 2006;176 4 Pt 1:1534–8, discussion 1538-1539.
48. Sarró S. Fibromialgia reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:392–6.
49. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17:502–5.
50. Matos Y, Libertad M, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007;23:1.