

Disfunción sexual en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa: Enfoque fisioterapéutico

Malaurie Peuron y Margaux Papone

Trabajo Final de Grado



**Universidad
Europea**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

VALENCIA

Curso 2021-2022



**Universidad
Europea**

Grado en FISIOTERAPIA

Trabajo Final de Grado
Curso 2021-2022

TÍTULO:

**Disfunción sexual en mujeres con anorexia y
bulimia nerviosa: Enfoque fisioterapéutico**

Revisión sistemática de alcance

Presentado por: Margaux Papone y Malaurie Peuron

Tutora: Silvia Molins Cubero

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	RESUMEN / ABSTRACT	7
2	INTRODUCCIÓN	9
2.1	Contextualización	10
2.1.1	Trastornos de la conducta alimentaria	10
2.1.1.1	Anorexia nerviosa.....	10
2.1.1.2	Bulimia nerviosa.....	11
2.1.2	Disfunciones sexuales femeninas	13
2.1.2.1	Trastorno en la excitación sexual femenina	13
2.1.2.2	Trastorno en el orgasmo femenino.....	14
2.1.2.3	Trastorno doloroso génito-pélvico.....	14
2.1.3	Anatomía y fisiología del suelo pélvico	15
2.1.4	Fisioterapia Uroginecológica	17
3	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	18
4	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	18
4.1	Hipótesis	18
4.2	Objetivo general	18
4.3	Objetivos específicos	18
5	MATERIAL Y MÉTODOS	19
5.1	Criterios de selección	19
5.2	Estrategia de búsqueda	20
5.3	Selección de la fuente de evidencia	20
5.4	Extracción de datos	21
5.5	Riesgo de sesgo en los estudios individuales	22
5.6	Variables de estudio	23
6	RESULTADOS	25
6.1	Revisión 1: Correlación entre anorexia / bulimia nerviosa y disfunción sexual	34
6.2	Revisión 2: Calidad de la literatura científica en este ámbito	40
6.3	Revisión 3: Tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes con anorexia / bulimia nerviosa	41
6.4	Revisión 4: Inclusión de la población de mujeres con anorexia / bulimia nerviosa en las guías de práctica clínica de las disfunciones sexuales	42
6.5	Revisión 5: Tratamiento fisioterapéutico de las disfunciones sexuales femeninas ...	42
7	DISCUSIÓN	49
8	CONCLUSIÓN	54
9	BIBLIOGRAFÍA	55
10	ANEXOS	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Percentil de IMC en niñas y adolescentes de 5 a 19 años (OMS).....	11
Figura 2: Percentil de IMC en niñas entre 0 y 5 años (OMS).....	11
Figura 3: Sistema fascial y ligamentoso del suelo pélvico (Drake et al., 2019).....	15
Figura 4: Musculatura profunda del suelo pélvico (Drake et al., 2019)	16
Figura 5: Estructura superficial del suelo pélvico (Drake et al., 2019).....	16
Figura 6: Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de los artículos.....	21
Figura 7: Puntuación de cada área de la función sexual en pacientes con AN (tipo restrictivo y tipo atración-purga) y pacientes controles (C) ** p < 0,01 ; *** p < 0,001.....	34
Figura 8: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual de las pacientes con AN a lo largo de los años * p < 0,05 ; ** p < 0,01	36
Figura 9: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual de las pacientes con BN a lo largo de los años * p < 0,05 ; ** p < 0,01	36
Figura 10: Puntuación de cada área de la función sexual en pacientes con AN, pacientes con BN y pacientes controles (C)	38
Figura 11: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual de los grupos después del tratamiento (p<0,05).....	45
Figura 12: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual del grupo experimental (p<0,05).....	45
Figura 13: Puntuación total de la función sexual de los grupos durante los periodos de seguimiento del estudio	46
Figura 14: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual del grupo dispareunia NO asociado a DPC	46
Figura 15: Diferencias entre grupos de fisioterapia y botúlica según FSFI	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de la DSM-5	13
Tabla 2: Variables de estudio	23
Tabla 3: Definición del Female Sexual Function Index (FSFI) según Rosen et al., 2000	24
Tabla 4: Definición de la versión persiana estandarizada del FSFI según Fakhri et al., 2012	24
Tabla 5: Definición del Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3) según Cumella, 2006	24
Tabla 6: Definición Female Sexual Distress Scale-revised (FSDS) según Derogatis et al., 2002	24
Tabla 7: Definición de la escala visual analógica (EVA) según Langley & Sheppard, 1985	24
Tabla 8: Definición de la escala de Oxford según Ghaderi et al., 2019.....	25
Tabla 9: Definición del índice de dolor McGill según Melzack, 2005.....	25
Tabla 10: Definición de la escala de dolor Mankoski según Douglas et al., 2014.....	25
Tabla 11: Características de los estudios incluidos en la RSA.....	26
Tabla 12: Evaluación de la calidad de la literatura incluida en las preguntas 1, 2 y 5.....	30
Tabla 13: Características de las GPCBE incluidas en la RSA	31
Tabla 14: Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia	33
Tabla 15: Resultados del estudio de Cassioli et al., 2020	34
Tabla 16: Resultados del estudio de Castellini et al., 2017 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$	35
Tabla 17: Presentación de los límites de 5 estudios	40
Tabla 18: Resultados del estudio de Ghaderi et al., 2019 ** $p < 0,05$	44
Tabla 19: Resultados del estudio de Silva et al., 2017 * $p < 0,001$	46
Tabla 20: Resultados del estudio de Yaraghi et al., 2019 * $p < 0,001$	48

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Abreviación	Significado
AN	Anorexia nervosa (<i>Anorexia nerviosa</i>)
BN	Bulimia nervosa (<i>Bulimia nerviosa</i>)
BVS.ES	Biblioteca virtual de salud de España
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
DPC	Dolor pélvico crónico
DS	Disfunción sexual
DSF	Disfunción sexual femenina
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition
ECA	Ensayos clínicos aleatorizados
EDI-3	Eating Disorders Inventory - 3
EDNOS	Trastornos no especificados o atípicos
EVA	Escala Visual Analógica
FSDS	Female Sexual Distress Scale-revised
FSFI	Female Sexual Function Index (<i>Índice de la función sexual femenina</i>)
gAN	Grupo anorexia nerviosa
gC	Grupo control
gD	Grupo dispareunia
gDPC	Grupo dolor pélvico crónico
GPCBE	Guía de práctica clínica basada en la evidencia
IMC	Índice de masa corporal
OCEBM	Oxford level of evidence scale
ODS 3	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización mundial de la salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RS	Revisión sistemática
RSA	Revisión sistemática de alcance
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria

1 Resumen / Abstract

RESUMEN

Objetivos: Esta revisión sistemática de alcance (RSA) sintetiza la literatura actual para demostrar la importancia del enfoque fisioterapéutico en el tratamiento de la disfunción sexual femenina (DSF) en pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).

Métodos: Se buscó en EBSCO, PUBMED y en la BVS.ES la literatura publicada entre 2015 y 2022. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios, revisiones sistemáticas, RSAs, meta-análisis, guías de práctica clínica (GPCBEs), tesis doctorales, estudios observacionales y una revisión bibliográfica. Se excluyeron los estudios que tratan exclusivamente del abuso sexual o de la identidad de género. Se resumió en tablas los datos en torno al riesgo de sesgo valorado mediante escalas y los resultados encontrados.

Resultados: N = 20 estudios cumplieron los criterios de inclusión en la revisión. Unos artículos seleccionados, se centran en el estudio de la función sexual en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria demostrando que existe una correlación significativa entre tener AN/BN y padecer DSF. La calidad de la literatura científica de estos estudios ha sido estudiada y es bastante heterogénea. El estudio de GPCBEs internacionales destacó la falta de valoración de la salud sexual en pacientes con AN y BN. Y por fin, analizó la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de las DSF.

Discusión: La fisioterapia uroginecológica puede ser una herramienta indispensable en la estrategia de tratamiento multidisciplinar de las DSF con AN y BN. A lo largo de este estudio, se encontró que la AN y la BN se asociaron de forma significativa e independiente con las DSF, mientras que el índice de masa corporal y el abuso sexual no se correlacionaron directamente con el hecho de padecer una DSF. Entonces, se puede considerar que la AN y la BN tienen una relación directa con el desarrollo de las DSF, independientemente de factores agravantes.

PALABRAS CLAVES

trastornos de la conducta alimentaria, trastornos alimentarios, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, disfunciones sexuales, disfunciones del suelo pélvico, dispareunia, vaginismo, fisioterapia, tratamiento fisioterapéutico.

ABSTRACT

Objectives: This scoping review synthesizes the current literature to demonstrate the importance of the physiotherapeutic approach in the treatment of sexual dysfunction in women with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN).

Methods: Searches were conducted in EBSCO, PUBMED and the BVS.ES to find literature published between 2015 and 2022. Randomized controlled trials, systematic reviews, scoping reviews, meta-analyses, evidence-based clinical practice guidelines, theses, observational studies and literature review were included. Studies dealing exclusively with sexual abuse or gender identity were excluded. Data on risk of bias as assessed by scales and the results found have been summarized in tables.

Results: N = 20 studies met the criteria for inclusion in the review. Selected articles, focus on the study of sexual function in women with eating disorders, show that there is a significant correlation between having AN/BN and having female sexual dysfunctions. The quality of the scientific literature of these studies has been studied and is quite heterogeneous. The study of international evidence-based clinical practice guidelines highlighted the lack of assessment of sexual health in patients with AN and BN. And finally, it analysed the efficacy of physiotherapy in the treatment of female sexual dysfunction.

Discussion: Urogynaecology physiotherapy may be an indispensable tool in the multidisciplinary treatment strategy of sexual dysfunction in women with AN and BN. Throughout this study, AN and BN were found to be significantly and independently associated with female sexual dysfunction, whereas body mass index and sexual abuse were not directly correlated with female sexual dysfunction. Thus, AN and BN can be considered to have a direct relationship with the development of female sexual dysfunction, independent of aggravating factors.

KEYWORDS

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, sexual dysfunctions, pelvic floor dysfunctions, dyspareunia, vaginismus, physiotherapy, physiotherapeutic treatment.

2 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos son enfermedades crónicas (Acerete et al., 2013), caracterizándose por una alteración en el consumo o en el proceso de absorción de los alimentos (DSM-5, 2014) y del control del peso corporal (Galmiche et al., 2019). Es la causa directa de un amplio abanico de complicaciones psiquiátricas y somáticas, que conllevan una tasa de mortalidad considerablemente elevada (Galmiche et al., 2019). Su sintomatología deteriora significativamente el estado de salud biopsicosocial de los pacientes (DSM-5, 2014) y se convierte en un problema de salud pública de gran importancia (Galmiche et al., 2019; Acerete et al., 2013) La frecuencia de aparición de los TCA es mayor en los jóvenes de 15-25 años y en las mujeres (Schmidt et al., 2016), con una prevalencia de 8,4% (Galmiche et al., 2019) y una duración media de la enfermedad de 6 años (Schmidt et al., 2016). Los TCA se dividen en varias subpatologías de las cuales forman parte la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) (DSM-5, 2014).

La disfunción sexual (DS), según la quinta edición del manual de diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-5), se caracteriza generalmente por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de una persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual (DSM-5, 2014). En la población general, la disfunción sexual femenina (DSF) tiene una prevalencia entre un 20-40% (Price et al., 2020). Se determina por la presencia de una alteración relevante del deseo y de la excitación sexual, del alcance orgásmico, de la presencia de dolor durante la actividad sexual o una combinación de ambos problemas (DSM-5, 2014; Price et al., 2020). La función sexual implica una compleja interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos (DSM-5, 2014), lo que justifica la necesidad de un enfoque multidisciplinar para su tratamiento (Walker, 2013).

La especialidad fisioterapéutica de uroginecología, permite mejorar la función del suelo pélvico mediante técnicas manuales, instrumentales, con ejercicio terapéutico de contracción voluntaria, técnicas de entrenamiento abdominopélvico, reeducación postural, automatismo perineal y técnicas conductuales (Walker, 2013).

Debido a la alta complejidad etiopatogénica multifactorial de los TCA, la amplia sintomatología en relación y las estrategias terapéuticas multidisciplinarias que implica (Acerete et al., 2013), los investigadores se centraron en demostrar la importancia del abordaje fisioterapéutico en el tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres con AN y BN. Para llevar a cabo este trabajo, se utilizó el formato metodológico de la revisión sistemática de alcance (RSA) en inglés "systematic scoping review". Esta metodología se consideró apropiada en razón del tema elegido, es un área de investigación poco desarrollada, con una escasa y heterogénea literatura bibliográfica. Esta elección permite a los investigadores tener un objetivo principal más amplio y a través del trabajo contestar a varias subpreguntas específicas con parámetros de inclusión menos restrictivos (Peters et al., 2020).

2.1 Contextualización

2.1.1 Trastornos de la conducta alimentaria

La etiopatogenia de los TCA no está clara, tiene un componente multifactorial etiológico, englobando factores genéticos, psicológicos, biológicos, socio-familiares y culturales. Existen ciertos antecedentes comunes a los TCA, tal y como la obsesión por el peso, la preocupación de tener un cuerpo delgado, problemas socio-familiares, abusos sexuales en la infancia y antecedentes de dieta (Gómez Candela et al., 2018).

2.1.1.1 Anorexia nerviosa

Definición

Según la DSM-5, la AN se define mediante tres criterios (DSM-5, 2014):

- La restricción excesiva de ingesta energética con respeto a los requisitos esenciales en relación con el sexo y la edad, lo que conduce a una reducción extrema del peso corporal.
- El miedo intenso a coger peso persistente en el tiempo, a pesar de tener un peso significativamente bajo.
- La alteración de la percepción corporal persistente en el tiempo y la falta de conciencia de la gravedad de su estado físico.

Según la DSM-5, la anorexia puede ser de dos tipos (DSM-5, 2014):

- AN restrictiva: La pérdida de peso se debe exclusivamente a la restricción estricta de ingesta de alimentos, al ayuno y la realización excesiva de ejercicio físico.
- AN de atracones/purgas: Presencia de episodios de atracones y de purga durante los 3 últimos meses.

Epidemiología

La media ponderada de la prevalencia de la AN en la mujer es de 1,4%, su rango de prevalencia según los autores se ubica entre 0,1 - 3,6% (Galmiche et al., 2019). La incidencia de la AN en España en una población de mujeres de 12 - 22 años es de 200/100.000 personas por año (Van Eeden et al., 2021) y con una ratio general entre hombre y mujer de 1:10 (DSM-5, 2014). En la AN, el riesgo de mortalidad prematura es 5 veces mayor que en la población general (Van Eeden et al., 2021).

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza según los criterios establecidos por la Academia Americana de Psiquiatría a través del DSM-5 y del Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es imprescindible que el diagnóstico sea precoz para optimizar el pronóstico del paciente, por ende, la base del diagnóstico es una buena historia clínica (Acerete et al., 2013).

Según la DSM-5, se establece la gravedad de la enfermedad en el adulto mediante el índice de masa corporal (IMC). Según la OMS, el IMC es un indicador simple entre el peso y la talla, se calcula mediante la fórmula siguiente: $\text{Peso} / \text{Talla}^2$.

Según la DSM-5, la clasificación de gravedad de la AN en el adulto:

- Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: $16 < IMC < 16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $15 < IMC < 15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

En el caso de los niños y adolescentes los profesionales de salud se basan en el percentil de IMC por sexo, como se presenta en las figuras 1 y 2 siguientes en el caso de las niñas (OMS):

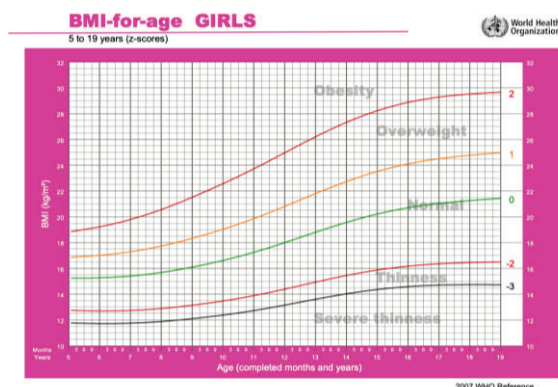


Figura 1: Percentil de IMC en niñas y adolescentes de 5 a 19 años (OMS)

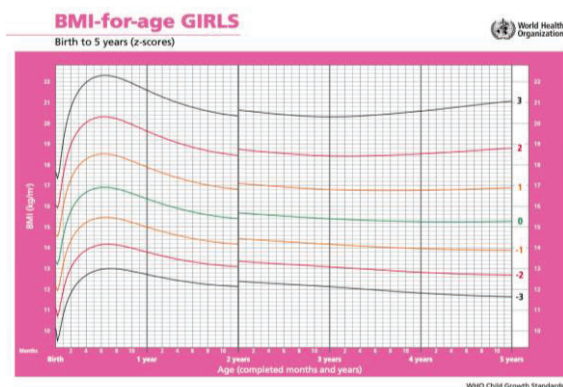


Figura 2: Percentil de IMC en niñas entre 0 y 5 años (OMS)

Sintomatología y complicaciones

El estado de malnutrición de los pacientes con AN tendrá un impacto multisistémico que puede llegar a causar daños irreversibles. En efecto, las complicaciones en la AN son metabólicas, cardiovasculares, gastrointestinales, renales, endocrinológicas, óseas, dermatológicas, hematológicas, cognitivas y del comportamiento (Acerete et al., 2013). Además, es importante resaltar una alteración menstrual de al menos 3 ciclos consecutivos característica de la AN. Esta amenorrea suele ser el origen de un hipogonadismo (DSM-4, 1994).

2.1.1.2 Bulimia nerviosa

Definición

Según la DSM-5, la BN se define mediante los criterios siguientes:

- Episodios de atracones recurrentes
- La presencia de comportamientos compensatorios inapropiados de purga mediante el vómito autoprovocado, la ingesta excesiva de laxantes, diuréticos, o otros fármacos, así que, el ejercicio excesivo o los ayunos.
- La presencia de estos comportamientos compensatorios tiene que aparecer al menos una vez a la semana durante un plazo de al menos 3 meses.
- La autoevaluación se ve alterada y correlacionada con el peso corporal.

Según la DSM-5, el atracón es un episodio de descontrol de ingesta de comida, con una cantidad de alimentos anormalmente elevada en un plazo de tiempo de menos de dos horas. Se puede también traducir por una sensación de falta de control en lo que se ingiere o sensación que no se puede dejar de comer.

Epidemiología

La media ponderada de la prevalencia de la BN en la mujer es de 1,9%, su rango de prevalencia según los autores se ubica entre 0,3 - 4,6% (Galmiche et al., 2019). El pico de incidencia de la BN en la mujer es entre 20 y 29 años con una ratio entre hombre y mujer de 1:26. El riesgo de mortalidad prematura es 2 veces mayor que en la población general (Van Eeden et al., 2021).

Diagnóstico

Al igual que para la AN, el diagnóstico se tiene que realizar de manera precoz con el fin de limitar las complicaciones y mejorar el pronóstico. Se usan también los criterios diagnósticos establecidos por la Academia Americana de Psiquiatría a través del DSM-5 y del CIE-10 elaborado por la OMS (Acerete et al., 2013).

En la BN, la gravedad de la enfermedad se establece mediante la frecuencia de episodios compensatorios a la semana (DSM-5, 2014).

Según la DSM-5, la clasificación de la gravedad de la BN:

- Leve: 1-3 episodios compensatorios por semana
- Moderada: 4-7 episodios compensatorios por semana
- Grave: 8-13 episodios compensatorios por semana
- Extremo: 14 o más episodios compensatorios por semana

Sintomatología y complicaciones

Al igual que la AN, la BN tiene una sintomatología multisistémica que puede llegar a causar daños irreversibles. De hecho, las complicaciones de la BN son metabólicas, cardiovasculares, renales, dermatológicas y sobre todo del tracto digestivo (Acerete et al., 2013). Los pacientes con BN padecen también amenorrea o irregularidades menstruales con una etiología poco definida. Se suele relacionar con los cambios de peso, las carencias nutricionales o los trastornos emocionales asociados a la BN (DSM-5, 2014).

2.1.2 Disfunciones sexuales femeninas

Según la DSM-5, cada disfunción sexual femenina (DSF) se clasifica mediante los criterios siguientes (Tabla 1):

<ul style="list-style-type: none">• De por vida : La perturbación ha estado presente desde que el individuo se hizo sexualmente activo• Adquirida : La perturbación comenzó tras un periodo de función sexual relativamente normal
<ul style="list-style-type: none">• Generalizada : No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas• Situacional : sólo se produce con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas
<ul style="list-style-type: none">• Leve• Moderada• Grave <p>En cuanto a los síntomas padecidos</p>

Tabla 1: Criterios de la DSM-5

2.1.2.1 Trastorno en la excitación sexual femenina

Las mujeres que padecen un trastorno del interés / excitación sexual experimentan la ausencia o la disminución de al menos tres de las siguientes características (DSM-5, 2014; McCabe et al., 2016):

- Interés en la actividad sexual
- Pensamientos o fantasías sexuales o eróticas
- Iniciación de la actividad sexual y, por lo general, falta de receptividad a los intentos de iniciación de la pareja
- Excitación o el placer sexual durante la actividad sexual
- Excitación o el placer sexual en respuesta a cualquier señal sexual o erótica
- Sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual

Este trastorno representa el problema sexual más prevalente en la población femenina española, alcanzando un 36% (De la Hoz, 2016). La evaluación y el tratamiento de las mujeres con este trastorno requiere un enfoque multidisciplinar. De hecho, es importante tratar de determinar si este trastorno es adquirido o permanente, y si es situacional o generalizado, puesto que algunas opciones de tratamiento dependen de esta distinción (Krakowsky & Grober, 2018).

2.1.2.2 Trastorno en el orgasmo femenino

Las mujeres con un trastorno del orgasmo presentan al menos uno de los siguientes síntomas (DSM-5, 2014; Mc Cabe et al., 2016):

- Marcado retraso, marcada infrecuencia o ausencia de orgasmo
- Marcada disminución de la intensidad de las sensaciones orgásmicas

Las tasas de prevalencia oscilan entre 10% y 42%, pero es altamente sesgada en vista de que sólo una parte de las mujeres con dificultades orgásmicas informan de las molestias asociadas y teniendo en cuenta que un 10% de las mujeres nunca experimentaron el orgasmo a lo largo de su vida (DSM-5, 2014). La disfunción orgásmica suele ir asociada a otras disfunciones sexuales. De hecho, las pacientes con dolor sexual y baja excitación suelen tener dificultades para alcanzar el orgasmo (Krakowsky & Grober, 2018). Además, existe una compleja interacción entre los factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos que influyen en la experiencia del orgasmo y en las dificultades orgásmicas de las mujeres (DSM-5, 2014). Por lo tanto, la evaluación debe situar el trastorno orgásmico en el contexto de la función sexual global de la persona (Krakowsky & Grober, 2018).

2.1.2.3 Trastorno doloroso génito-pélvico

Las mujeres que padecen un trastorno de dolor génito-pélvico / penetración, manifiestan dificultades persistentes o recurrentes con al menos uno de los siguientes aspectos:

- Penetración vaginal durante el coito
- Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante el coito vaginal o los intentos de penetración
- Marcado miedo o ansiedad por el dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o después de la penetración vaginal
- Marcada tensión o contracción de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal

El trastorno de dolor genito-pélvico / penetración incluye una variedad de trastornos sexuales comúnmente asociados con el dolor pélvico persistente, incluyendo la dispareunia y el vaginismo, descritos como tal en la cuarta edición del DSM (Vicente-Neira et al., 2022; Kershaw & Jha, 2021).

2.1.2.3.1 Vaginismo

Se caracteriza por un espasmo involuntario de la musculatura que rodea la vagina, provocando una oclusión del orificio vaginal, que imposibilita o dificulta la penetración (Mc Cabe et al., 2016). Debido a la redefinición de los términos patológicos del dolor génito-pélvico y de los criterios diagnósticos en la quinta edición del DSM, las estimaciones de la incidencia o la prevalencia epidemiológica del vaginismo son escasas (Zarski et al., 2017). Los factores que contribuyen al vaginismo pueden considerarse útilmente como un espectro que va de lo físico a lo psicológico, relacional y cultural (McEvoy et al., 2021). El enfoque diagnóstico permite la evaluación no sólo como un trastorno sexual sino también como un problema de comportamiento (Levandoski & Furlanetto, 2020).

2.1.2.3.2 Dispareunia

Se caracteriza por el dolor génito-pélvico durante o inmediatamente después de la penetración vaginal. Este trastorno afecta a un 7,5% de las mujeres sexualmente activas entre 16 y 74 años. La prevalencia más alta alcanza el 10,4% en las mujeres mayores (55-64 años) y el 9,5% en las más jóvenes (16-24 años) (Vicente-Neira et al., 2022). La dispareunia puede manifestarse de varias maneras, se clasifican según la localización, el momento y la naturaleza del dolor pélvico experimentado (Trahan et al., 2019). Se trata de una importante DS, frecuentemente encontrada en la práctica clínica, con un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres. Este trastorno suele estar asociado a condiciones multifactoriales que dificultan el diagnóstico (Silva et al., 2017). Debido a esta etiología multifactorial, es necesario un enfoque multidisciplinar a la hora de establecer una estrategia terapéutica (Ghaderi et al., 2019). Además, las recomendaciones para el tratamiento de la dispareunia son determinadas por el estado de las estructuras pasivas y activas del suelo pélvico al momento de la valoración clínica (Hill & Taylor, 2021).

2.1.3 Anatomía y fisiología del suelo pélvico

El suelo pélvico es el conjunto de fascias, ligamentos y músculos que cierran la parte inferior de la cavidad abdominopélvica. La función de las fascias es consolidar y sostener los órganos pélvicos, mientras que los ligamentos suspenden estos órganos y sirven de anclaje para los músculos. Según la clasificación de Delancey y como se puede observar en la *Figura 3*, este sistema de suspensión se divide en 3 niveles: los ligamentos cardinales y uterosacros en el primer nivel, la fascia pubocervical y rectovaginal en el segundo nivel y la fusión de tejidos fasciales en el tercer nivel (Walker, 2013).

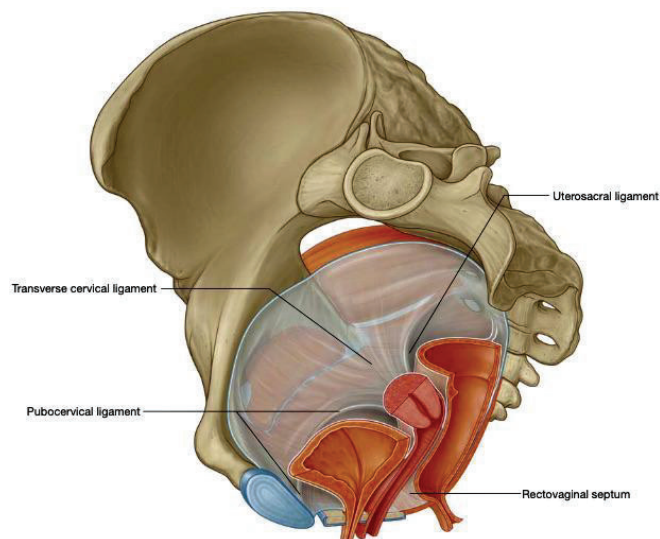


Figura 3: Sistema fascial y ligamentoso del suelo pélvico (Drake et al., 2019)

La musculatura del suelo pélvico es una red muscular compleja compuesta por músculos de distinta morfología y dividida en un plano profundo y otro superficial. Profundamente, como se puede observar en la *Figura 4*, se encuentra el músculo coccígeo, también llamado isquiococcígeo, así como el músculo elevador del ano, en el que se distinguen los músculos iliococcígeo, pubococcígeo y

puborrectal (Walker, 2013). Estos músculos mantienen el tono del suelo pélvico y protegen el tejido conectivo de una carga excesiva (Wallace et al., 2019).

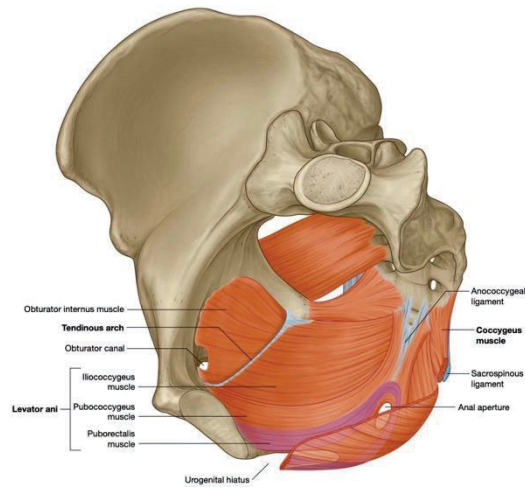


Figura 4: Musculatura profunda del suelo pélvico (Drake et al., 2019)

Superficialmente, como se puede observar en la Figura 5, se encuentra la membrana perineal, una densa fascia de forma triangular, y los músculos del periné que se subdividen en 2 regiones triangulares: el triángulo urogenital en la región anterior, que contiene el músculo bulbocavernoso, el isquiocavernoso, los músculos transversos superficial y profundo del periné, así como el triángulo anal en la región posterior, que contiene el músculo del esfínter anal, el cuerpo perineal y el rafe anocócigeo (Walker, 2013). El cuerpo perineal es la convergencia de los músculos pélvicos superficiales y los esfínteres que sostienen el suelo pélvico (Wallace et al., 2019).

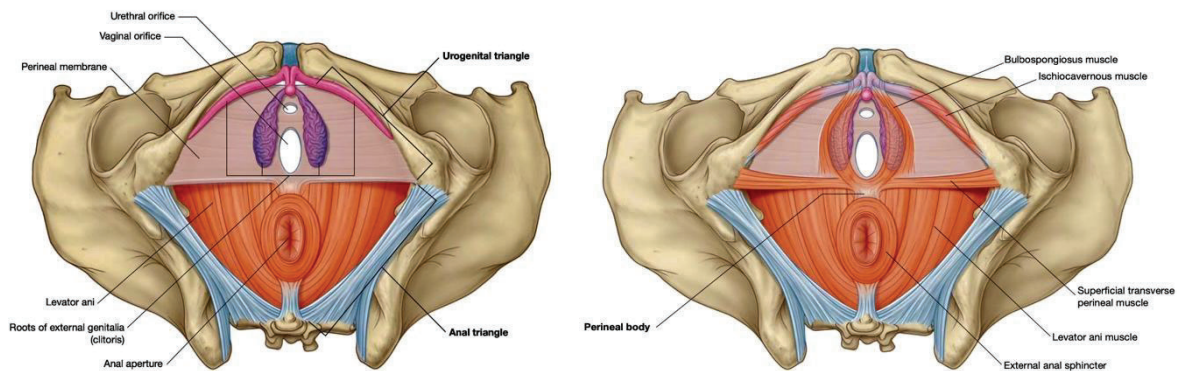


Figura 5: Estructura superficial del suelo pélvico (Drake et al., 2019)

Los músculos del suelo pélvico están inervados por las raíces nerviosas del sacro, el nervio pudendo y el nervio elevador del ano (Wallace et al., 2019). La función sexual femenina fisiológica está coordinada por los músculos del suelo pélvico, los genitales y el sistema nervioso autónomo. La división parasimpática es responsable de la fase de excitación: los factores psicológicos y físicos desencadenan la vasocongestión generalizada y la lubricación del introito vaginal. La división simpática es responsable de la fase orgásmica: los músculos del suelo pélvico, el esfínter anal y el útero sufren repetidas contracciones musculares. Esta acción está coordinada por un reflejo medular del nervio pudendo a los

segmentos sacros hacia el perineo y los genitales externos (Eickmeyer, 2017). La valoración del suelo pélvico permite formular un diagnóstico fisioterapéutico a raíz del análisis de las estructuras alteradas, así que, la integración de esas mismas por parte de la paciente. El siguiente paso es establecer el plan de tratamiento fisioterapéutico más adecuado según las disfunciones detectadas (Walker, 2013).

2.1.4 Fisioterapia Uroginecológica

La fisioterapia es una profesión en constante evolución, que requiere formación y comprensión tanto de los conocimientos como del razonamiento clínico. Esta profesión combina los conocimientos científicos con una visión holística para restablecer y mantener la salud, trabajando en el bienestar tanto físico como social de los pacientes. Por lo tanto, al igual que para las demás estructuras del cuerpo, la fisioterapia tiene un papel fundamental en el restablecimiento de la función del suelo pélvico, entonces en el ámbito uro-ginecológico (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015). El fundamento de la especialidad de fisioterapia uro-ginecológica se basa en la instauración de un clima de confianza entre el terapeuta y la paciente. Por consiguiente, es importante evitar los protocolos estandarizados enfocándose en un tratamiento individualizado y adaptado a las necesidades de cada mujer. Asimismo, en varios casos, los autores demostraron la presencia de una correlación entre la higiene de vida y las disfunciones del suelo pélvico. En consecuencia, mediante la educación terapéutica, se pueden corregir esas conductas con fin de optimizar el tratamiento y mejorar la sintomatología (Walker, 2013).

El examen fisioterapéutico y el tratamiento del suelo pélvico incluyen:

- Exploración externa: palpación de las articulaciones lumbosacras y sacroilíacas, los músculos iliopsoas y piriformis, las inserciones de los músculos ilíacos y rectos abdominales, las vísceras abdominales y la vejiga.
- Exploración intracavitaria: evaluación del tono muscular, la elasticidad, la sensibilidad y el dolor del suelo pélvico.

El fisioterapeuta también evalúa la capacidad del paciente a realizar una contracción y una relajación voluntaria mediante la evaluación de la coordinación, la longitud, la fuerza y la resistencia muscular. Tras la exploración y teniendo en cuenta los síntomas específicos del paciente, el fisioterapeuta elaborará un plan de tratamiento (Wallace et al., 2019). La fisioterapia uroginecológica desempeña un papel importante para ayudar a los pacientes a superar los problemas clínicos relacionados con las anomalías del compartimento del suelo pélvico, incluidos los problemas de micción, defecación, prolapso de órganos pélvicos, función sexual y dolor pélvico (Arnouk et al., 2017). Aunque algunos pacientes pueden tener los mismos síntomas, las causas pueden ser distintas, lo que justifica diferentes enfoques terapéuticos.

Los fisioterapeutas suelen utilizar técnicas multimodales que suelen incluir (Stein et al., 2019):

- Técnicas de terapia manual: incluyendo la liberación de puntos gatillo, el tratamiento de relajación paradójica, el masaje de Thiele, las técnicas de terapia manual intravaginal, las movilizaciones del tejido visceral, conectivo y cicatricial, las manipulaciones articulares de la

columna vertebral, la pelvis y la cadera para mejorar la función de los músculos del suelo pélvico.

- Control motor: incluyendo el reentrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para mejorar los patrones de movimiento y reducir el dolor pélvico.
- Educación del paciente: incluyendo la recomendación de cambios de comportamiento en la actividad sexual y la gestión del estrés mediante la rehabilitación de la respiración diafragmática para mejorar la relajación del suelo pélvico.

3 Justificación del estudio

Los investigadores se interesaron por las posibilidades de tratamiento fisioterapéutico de las DSF en la población de mujeres con AN y BN debido a su interés clínico. A raíz de las premisas de este trabajo, se dieron cuenta de que no existía literatura científica, que sea cualitativa o cuantitativa, en las distintas bases de datos sobre este tema. Asimismo, no hay estudios tratando del manejo de las DSF en mujeres con AN y BN en la medicina. Ese motivo les confirmó la necesidad de investigar en esta área y justificó la elección del formato de revisión sistemática de alcance (RSA). En efecto, las RSA permiten una mayor libertad a la hora de investigar un tema novedoso, específicamente con la posibilidad de usar cualquier tipo de bibliografía científica, con criterios de inclusión más amplios. Además, permiten organizar su trabajo respondiendo a varias subpreguntas necesarias para alcanzar el objetivo principal, con el fin de abarcar el tema de manera global y no tan específica como requiere una revisión sistemática tradicional (Peters et al., 2020). Por lo tanto, la elección del tema y de este tipo metodológico están íntimamente relacionada con el aspecto innovador del trabajo.

4 Hipótesis y objetivos

4.1 Hipótesis

La hipótesis de este estudio es: La fisioterapia uro-ginecológica puede ayudar en el tratamiento de las DSF en mujeres con AN y BN.

4.2 Objetivo general

El objetivo principal de este estudio es demostrar la importancia de la fisioterapia en el tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres con AN y BN.

4.3 Objetivos específicos

La meta de esta revisión sistemática de alcance es contestar a las subpreguntas específicas siguientes con el fin de responder al objetivo principal.

Esas preguntas se establecieron siguiendo la guía metodológica de la Academia de Joanna Briggs (JBI: Joanna Briggs Institute) (Peters et al., 2020):

- 1 ¿Existe una correlación evidente entre AN/BN y disfunción sexual en la literatura?
- 2 ¿Cuál es la calidad de la literatura científica de los artículos encontrados en este ámbito?
- 3 ¿Las DSF están incluidas en la estrategia de tratamiento multidisciplinar en las pacientes con AN y BN?
- 4 ¿La población de mujeres con AN y BN está incluida en las investigaciones de práctica clínica basada en la evidencia de las DSF?
- 5 ¿La fisioterapia tiene una relevancia en el tratamiento de las DSF?

5 Material y métodos

La elección de la RSA se explica por la naturaleza escasa, heterogénea, y poco desarrollada de la literatura en torno al tema escogido. Permite a los investigadores, mediante una transparencia óptima, identificar y analizar las lagunas de conocimiento en esta área para ser el precursor de futuras investigaciones. De hecho, en este tipo de metodología, es aconsejable establecer un objetivo amplio para poder recopilar varias fuentes de investigación heterogéneas. En efecto, una particularidad de este formato es la posibilidad de seleccionar datos de cualquier tipo de fuente de evidencia científica y metodología de investigación, con la integración de estudios no sólo cuantitativos, sino también cualitativos. La ventaja de tener criterios de inclusión menos restrictivos permite a los autores mapear la evidencia de manera más amplia y poder contestar a varias subpreguntas que ayudarán a responder al objetivo principal de esta área infra investigada (Peters et al., 2020). No obstante, sin descartar que este tipo de estudio tiene una relevancia científica oficialmente establecida, lo que permite a los futuros científicos apoyarse en este trabajo y citarlo (Anderson et al., 2008). Este estudio se realizó en concordancia con la guía metodológica de la Academia de Joanna Briggs (JBI) (Peters et al., 2020), también con las normas PRISMA (Moher et al., 2009), así que, la extensión de las normas PRISMA a las RSA (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

5.1 Criterios de selección

La revisión de la literatura se realizó por dos investigadores independientes, siguiendo el modelo de los criterios PCC, que significa Población-Concepto-Contexto, más apropiado a las RSA, ya que permite una mayor inclusión que los criterios PICO habitualmente utilizados (Peters et al., 2020). La Población (P) estudiada son las mujeres con AN y BN, el Concepto (C) que se quiere demostrar es la importancia de la fisioterapia y el Contexto (C) en el que se encuentran estas pacientes es la presencia de DSF.

Los criterios de inclusión en el mapeo de la literatura han sido los siguientes:

- Artículos en inglés, español o francés;
- Rango de fecha entre 2015 y 2022;

- Los tipos de estudios incluidos son tanto cuantitativos como cualitativos, con la inclusión de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisión sistemática (RS), RSA, meta-análisis, guías de práctica clínica basadas en la evidencia, tesis doctorales y estudios observacionales;
- Estudios representativos de la población femenina general durante el período de ciclo reproductivo;
- Multiétnico, independientemente de la orientación sexual.

Los criterios de exclusión de la búsqueda de la literatura han sido:

- La literatura científica que no cumpla los requisitos de los criterios de inclusión;
- Todo tipo de artículos haciendo referencia específicamente a la DSF, AN o BN, en el abuso sexual o sobre la identidad de género;
- Estudios con una muestra no representativa de la población femenina general (muestra específica de pediatría, adolescentes, mujeres postmenopáusicas o con una patología previa específica);
- Todos los TCA que no forman parte de la AN y BN (hiperfagia, obesidad, rumiación...).

Antes de iniciar el estudio, los investigadores anticiparon el hecho de que no iban a encontrar una literatura que les permitiera contestar directamente al objetivo principal. Tras comprobarlo, se centraron en seleccionar bibliografía que les permitiera responder a las subpreguntas.

5.2 Estrategia de búsqueda

Dos investigadores analizaron de forma independiente las siguientes bases de datos electrónicas: EBSCO, PUBMED, Biblioteca Virtual de Salud de España (BVS.ES). La literatura involucrada en el estudio está fechada hasta marzo de 2022, correspondiendo a la fecha de finalización del proceso de búsqueda de la revisión bibliográfica. Las palabras claves usadas para el cribado se pudieron organizar en cinco categorías de términos:

1. Trastornos de la conducta alimentaria (trastornos alimentarios o AN o BN)
2. Disfunciones sexuales (sexualidad o función sexual)
3. Fisioterapia (terapia manual o terapia física)
4. Dolor pélvico (disfunciones del suelo pélvico o dispareunia o vaginismo o dolor sexual)
5. Guía de práctica clínica (o guía de práctica clínica basada en la evidencia)

Los filtros aplicados han sido las publicaciones académicas arbitradas, un rango de fecha de 2015 hasta 2022, seres humanos y sexo femenino. Además, se examinaron las listas de referencias bibliográficas de los artículos para identificar otras investigaciones potencialmente elegibles.

5.3 Selección de la fuente de evidencia

Todas las referencias bibliográficas se integraron en Mendeley Reference Manager mediante la herramienta Mendeley Web Importer. Una vez organizada y estratificada óptimamente, la biblioteca

de literatura se sincronizó en Mendeley Desktop, plataforma de gestión bibliográfica, permitiendo la eliminación de los duplicados. Luego, las referencias restantes fueron cribadas mediante el análisis de los títulos y de los resúmenes por dos revisores independientes. A raíz de la selección anterior, fueron sometidas a una revisión de textos completos. El proceso de selección de esta RSA se resume en el diagrama de flujo PRISMA en la *Figura 6* (Page et al., 2021; Urrútia & Bonfill, 2010).

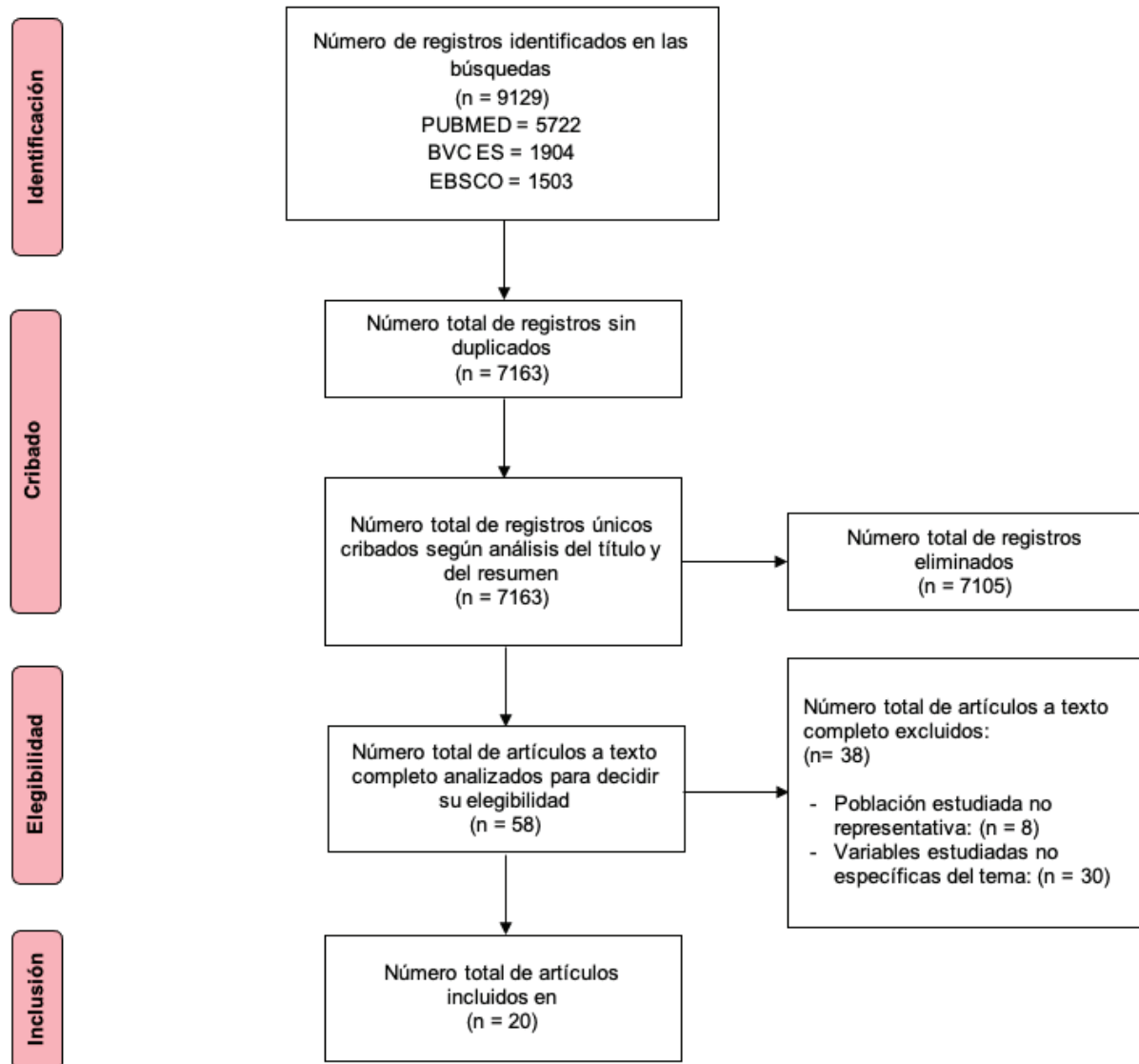


Figura 6: Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de los artículos

5.4 Extracción de datos

Una vez finalizado el proceso de selección de los artículos relevantes, se recopilaron los datos pertinentes en las *Tablas 11 y 13* de extracción de la información (Khalil et al., 2016). Para la mayoría de los estudios, se extrajeron las siguientes características: fecha de publicación, país, diseño del estudio, características de la muestra (edad, etnicidad, raza...), variables estudiadas, objetivos, metodología y principales resultados. En cuanto a las guías de prácticas clínicas, la recopilación de datos se realizó según la extracción de las siguientes características: nombre completo de la guía de

práctica, año de publicación, país, academia científica, público de destino, consenso de expertos, campo de estudio (Khalil et al., 2016). Dos investigadores independientes recortaron, extrajeron y elaboraron la recolección de información en las *Tablas 11 y 13*. A raíz de este proceso, fusionaron la información en dos tablas finales por consenso. Como especificado previamente, debido a la heterogeneidad de la literatura y a la novedad del tema estudiado, la sintetización narrativa de los resultados se organizó mediante un conjunto de preguntas de investigación específicas como línea directriz.

5.5 Riesgo de sesgo en los estudios individuales

A pesar del carácter facultativo de la evaluación del riesgo de sesgo de la bibliografía incluida característico de la RSA (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018), los investigadores eligieron valorarlo en cada uno de los artículos incluidos. La meta es proponer una total transparencia en cuanto a las referencias integradas y a la calidad de la literatura. Esta decisión se tomó con la preocupación de traer a la luz las lagunas de conocimiento en este ámbito. Con fin de llevar a cabo esta tarea, se escogieron varias escalas de valoración de la metodología adaptada a cada tipo metodológico de los artículos integrados al estudio (*Anexos*).

En primer lugar, para la evaluación de los estudios observacionales se escogió la escala Newcastle-Ottawa, esta escala puntúa según tres criterios: selección, comparación y tipo de estudio, para los estudios de cohortes, se calcula entre 0 y 9, pero la versión adaptada para los estudios transversales se calcula sobre 10 (Wells et al., 2000). En la inquietud de proporcionar una comparabilidad objetiva entre los diferentes estudios observacionales, todos los resultados se estandarizaron sobre 9 mediante una regla de tres. La calidad de estos artículos se clasificó en tres categorías:

- Leve: ≤ 5
- Moderada: 6-7
- Elevada: 8-9

En segundo lugar, para evaluar los ECAs y los ECAs no aleatorios se utilizó la escala PEDro. Es una escala puntuada sobre 10 a la que se añadió un criterio adicional (número 1), por lo que, en total son 11 criterios, pero sólo 10 se tomarán en cuenta en la puntuación final (Maher et al., 2003). La calidad de estos artículos se clasificó en tres categorías:

- Leve: ≤ 3
- Moderada: 4-6
- Elevada: ≥ 7

En tercer lugar, la escala que pareció la más adecuada para evaluar las RS y las RSA fue la escala PRISMA. Esta escala proporciona la valoración de 27 ítems subdivididos en varios criterios, lo que lleva a un total de 53 puntos evaluables, por lo que, en este trabajo, se dio el resultado total sobre 53 en las tablas de recopilación de la información (Page et al., 2021).

Por fin, se usó la escala de Oxford para la evaluación del nivel de evidencia científica publicada por el centro Evidence-based Medicine, para realizar una comparación objetiva global de todos los artículos incluidos en el estudio, a excepción de las GPCBEs que tienen su propia valoración. (OCEBM levels of evidence, 2020) La ventaja de esta escala es de graduar el nivel de evidencia según el área temática y el tipo de metodología del estudio, es decir, evaluar el mejor diseño para cada cuadro clínico estudiado (*referirse a la Tabla 12*) (Mella Sousa et al., 2012).

Por último, se eligió la herramienta AGREE II para la valoración de las GPCBEs. Este instrumento se divide en 23 ítems agrupados en 6 dominios, que se puntúan mediante la escala de Likert (puntuación de 0 a 7). Además de esta escala, los investigadores deben proponer al final una puntuación global para valorar el grado de interés y recomendación de las GPCBEs, también mediante la escala de Likert (*referirse a la Tabla 14*) (Agree, 2009; Brouwers et al., 2016).

La calidad de las GPCBE se clasificó en tres categorías (Agree, 2009):

- No recomendable: ≤ 2
- Recomendable, pero con modificación: 3-4
- Muy recomendable: ≥ 5

5.6 Variables de estudio

En este estudio, las variables estudiadas son la presencia de AN/BN y las asociadas a las DS, que sea para cuantificar su relación con los TCA o para valorar la eficiencia de un tratamiento fisioterapéutico. Así, de acuerdo con la descripción de las DS y los TCA en el DSM-5, parece interesante estudiar la presencia de AN/BN, el grado de excitación sexual, la capacidad orgásmica, y los trastornos de dolor genito-pélvico, así como las variables correlacionadas con estas características como el deseo, la capacidad de lubricación, la satisfacción y la angustia sexual (*Tabla 2*). La valoración de estas variables permite abarcar la DS en su globalidad dentro de la población estudiada.

Variables primarias	Variables secundarias correlacionadas	Escalas usadas
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de AN/BN • Excitación sexual • Capacidad orgásmica • Dolor genito-pélvico 	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo • Capacidad de lubricación • Satisfacción sexual • Angustia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • FSFI y FSFI persiana • FSFD • EVA • DSM-5 • EDI-3

Tabla 2: Variables de estudio

Por consiguiente, las herramientas de medida más adaptadas son el índice de función sexual femenina (FSFI), la escala de angustia sexual (FSFD), la escala visual analógica (EVA), el eating disorders inventory-3 (EDI-3) y el DSM-5 (*Tablas 3, 4, 5, 6 y 7*). Además, a lo largo de la presentación de los resultados se abordarán otras variables medidas con diferentes escalas, encontradas en los estudios de interés pero que no serán estudiadas como tal en esta investigación (*Tablas 8, 9, 10*).

FSFI

Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa todas las dimensiones de la sexualidad en las mujeres: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, así como una puntuación total. Esta puntuación total va de 2 a 36 y las puntuaciones de los subdominios van de 0 a 5. Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el funcionamiento sexual de la paciente. Según el estudio de Rosen, en los que se basan los artículos seleccionados, el FSFI tiene una alta fiabilidad test-retest en todos los dominios de la función sexual y una buena validez de constructo.

Tabla 3: Definición del Female Sexual Function Index (FSFI) según Rosen et al., 2000

FSFI
(versión persiana)

Se trata de un cuestionario que evalúa todas las dimensiones de la sexualidad en las mujeres: deseo (puntuación de 2 a 10), excitación (puntuación de 0 a 20), lubricación (puntuación de 0 a 20), orgasmo (puntuación de 0 a 15), satisfacción (puntuación de 0 a 15) y el coito sin dolor (puntuación de 0 a 15), así como una puntuación total. Esta puntuación oscila entre 2 y 95. Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el funcionamiento sexual de la paciente. Según el estudio de Fakhri, ha demostrado ser un instrumento fiable y válido con buenas propiedades psicométricas.

Tabla 4: Definición de la versión persiana estandarizada del FSFI según Fakhri et al., 2012

EDI-3

Es un cuestionario de autoinforme que mide los rasgos psicológicos y la gravedad de los síntomas de los trastornos alimentarios relacionados con el desarrollo y el mantenimiento de la AN y la BN. Tiene 91 ítems y produce 12 subescalas no superpuestas. 3 de estas subescalas evalúan el riesgo de trastorno alimentario (búsqueda de la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal), que se combinan para crear una puntuación compuesta de riesgo de trastorno alimentario. 9 de las subescalas evalúan variables psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios. Estas subescalas psicológicas pueden dividirse en 4 puntuaciones compuestas que se combinan para producir una puntuación global de inadaptación psicológica. Las puntuaciones más bajas indican una menor patología alimentaria. El EDI-3 mostró una excelente consistencia interna y fiabilidad test-retest, así como una aceptable validez convergente y discriminante.

Tabla 5: Definición del Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3) según Cumella, 2006

FSDS

Se trata de un cuestionario validado de 13 ítems que mide la angustia personal asociada a la disfunción sexual en las mujeres. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 48, y las más altas indican una mayor angustia sexual. Este cuestionario ha demostrado tener fuertes propiedades psicométricas.

Tabla 6: Definición Female Sexual Distress Scale-revised (FSDS) según Derogatis et al., 2002

EVA

Se trata de una escala visual analógica que permite al paciente estimar subjetivamente la intensidad de su dolor. La escala consiste en una línea recta, normalmente de 10 cm de longitud y vertical. Los límites de esta línea recta llevan una descripción verbal de cada extremo del síntoma a evaluar: 0 = ningún dolor y 10 = dolor extremo.

Tabla 7: Definición de la escala visual analógica (EVA) según Langley & Sheppard, 1985

**Escala de
Oxford**

Se trata de una escala para evaluar la fuerza y la resistencia de los músculos del suelo pélvico, con medidas que van de 0 a 5.

Tabla 8: Definición de la escala de Oxford según Ghaderi et al., 2019

**Índice de
dolor
McGill**

Se trata de una escala descriptiva del dolor multidimensional para cuantificar el dolor clínico con el fin de medir varias dimensiones del dolor, ya que las cualidades del dolor suelen expresarse con palabras. Hay tres clases principales de palabras descriptoras que resumen las cualidades sensoriales, las afectivas y las evaluativas. Se incluyen medidas adicionales de las características temporales, la intensidad y la localización del dolor. Según el estudio de Melzack, se trata de un instrumento sensible, fiable y discriminatorio, con un considerable poder de diagnóstico.

Tabla 9: Definición del índice de dolor McGill según Melzack, 2005

**Escala de
Mankoski**

Esta escala fue desarrollada por una paciente con endometriosis. Identificó descriptores junto a los números del 0 (sin dolor) al 10 (dolor inconsciente) para ayudar a describir su dolor a los profesionales médicos. Aunque la escala fue desarrollada para ser utilizada por pacientes que padecen endometriosis, ha sido aceptada y es utilizada por algunas instituciones de la comunidad médica.

Tabla 10: Definición de la escala de dolor Mankoski según Douglas et al., 2014

6 Resultados

El procedimiento seguido por los investigadores para obtener estos resultados se describe en la Figura 6. Después del proceso de búsqueda se destacaron 9129 artículos en varias bases de datos, de los cuales se estudiaron los títulos y resúmenes de únicamente 7163 después de eliminar los duplicados. A raíz del primer cribado se seleccionaron 58 artículos de texto completo para su posterior análisis. La selección por criterios de inclusión se redujo a 20 artículos. Los 38 artículos restantes se excluyeron por falta de representatividad de la población de pacientes ($n = 8$) o por falta de especificidad de las variables estudiadas en los artículos ($n = 30$). Estos resultados se organizan en varios subapartados para cumplir los objetivos mencionados anteriormente (*referirse a las Tablas 11 y 13*).

Tabla 11: Características de los estudios incluidos en la RSA

Estudio	Diseño del estudio	Características de la muestra	VARIABLES ESTUDIADAS	Objetivos	Medidas
Revisión 1: Correlación entre anorexia / bulimia nerviosa y disfunción sexual ?					
Revisión 2: Calidad de la literatura científica en este ámbito?					
<i>Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa</i> Cassioli et al. (2020) Italia	Estudio transversal	Edad media = 27 años Etnicidad = no rellenada Raza = no rellenada	Casos control = 120 Pacientes con AN = 111 AN restrictiva = 74 AN de atracón-purga = 37	Estudiar la relación entre DS y trastornos del estilo de encarnación y apego en personas con AN	Evaluación de datos sociodemográficos Mediciones de peso Serie de autoadministración 6.0, IDEA, A
<i>Role of sexuality in the outcome of anorexia and bulimia nervosa</i> Castellini et al. (2017) Italia	Estudio longitudinal (3 años)	Edad media = 25,9 años Etnicidad = no rellenada Raza = no rellenada	Pacientes con AN = 39 AN restrictiva = 24 AN de atracón-purga = 15 Pacientes con BN = 40	Investigar si el funcionamiento sexual es un indicador potencial del proceso de recuperación en mujeres con AN y BN	Entrevistas IM Serie de autoadministración EDE-Q
<i>The relationship between eating disorder psychopathology and sexuality</i> Castellini et al. (2020) Italia	Revisión sistemática	No hay muestra	15 estudios Pacientes con varios TCA	Aclarar la relación entre los trastornos alimentarios y los problemas sexuales en términos de significado psicopatológico	Criterios de estudios en investigación estudios en humanidades sexualidad y la psicología artículos publicados 2018 y 31 de
<i>Associations between sexual function and disordered eating among undergraduate women</i> Dunkley et al. (2020) Canada	Estudio transversal y correlacional	Edad media = 20,6 años Etnicidad = 37,2% eurocaucásico, 7,2% de Asia oriental y 24,6% de otros grupos etnoculturales Raza = no rellenada	Total muestra = 581 mujeres Mujeres con riesgo de TCA = 142	Examinar la asociación entre los TCA y las dificultades de la función sexual en una muestra no clínica de mujeres universitarias	Medidas de FSFI, FSDS adicionales Mediciones ED

Estudio	Diseño del estudio	Características de la muestra	Variables estudiadas	Objetivos	
<p><i>Sexual function of women suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa</i></p> <p>Gonidakis et al. (2015)</p> <p>Grecia</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>Edad media = 24,8 años</p> <p>Etnicidad = cristianas nativas de Grecia</p> <p>Raza = no rellenada</p>	<p>Casos control = 58</p> <p>Pacientes con TCA = 53</p> <p>AN = 26 BN = 27</p>	<p>Examinar la función sexual en un grupo de mujeres adultas jóvenes que sufrían trastornos alimentarios</p>	<p>Entre</p> <p>Serie</p> <p>auto</p> <p>FSFI, E</p>
<p><i>Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa</i></p> <p>Price et al. (2020)</p> <p>Inglaterra y Dinamarca</p>	<p>Revisión sistemática de alcance</p>	<p>Edad media = no rellenada</p> <p>Etnicidad = países occidentales</p> <p>Raza = no rellenada</p>	<p>28 estudios</p> <p>Mujeres con AN</p>	<p>Revisar las investigaciones existentes sobre los TCA que han examinado la función sexual y las DSF en mujeres diagnosticadas de AN</p>	<p>Crite</p> <p>estudios que en</p> <p>Crite</p> <p>estudios qu</p> <p>relacionados</p> <p>la c</p>

Estudio	Diseño del estudio	Características de la muestra	Variables estudiadas	Objetivos	M
Revisión 5: Tratamiento fisioterapéutico de las disfunciones sexuales femeninas ?					
<i>Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction</i> Berghmans (2018) Países Bajos	Revisión bibliográfica	No hay muestra	32 estudios = 27 revisiones sistemáticas 5 ensayos controlados aleatorios	Investigar si la fisioterapia tiene un papel en el enfoque de tratamiento multidisciplinar de las mujeres con síndrome de dolor pélvico crónico y DS	Criter meta-análisis ECA publica investigaban la el tratamien pé
<i>Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia</i> Ghaderi et al. (2019) Iran	Ensayo clínico controlado y aleatorizado	Edad media = 35,3 años Etnicidad = no rellenada Raza = no rellenada	Total muestra = 64 mujeres Grupo experimental = 32 Grupo control = 32	Evaluar los efectos de las técnicas de rehabilitación del suelo pélvico en la dispareunia	Evaluación tacto vaginal EVA y FSFI p estudio, d tratamien fisioterapia diarios) y en
<i>Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles</i> Silva et al. (2017) Brasil	Ensayo clínico abierto, paralelo y no aleatorizado	Edad media = 33,1 años Etnicidad = no rellenada Raza = no rellenada	Total muestra = 18 mujeres Grupo dispareunia = 8 Grupo grupo de dolor pélvico crónico = 10	Evaluar la eficacia a largo plazo del masaje Thiele en el tratamiento de mujeres con dispareunia causada por sensibilidad de los músculos del suelo pélvico	Serie auto EVA, Índice Tras e masaje transv durante 5 min
<i>Physiotherapeutic resources in vaginismus</i> Torres Levandoski & Furlanetto (2020) Brasil	Revisión sistemática	No hay muestra	3 estudios = ensayos clínicos aleatorios	Destacar las prácticas de fisioterapia encontradas en la literatura para el tratamiento del vaginismo y verificar las prácticas analizadas	Criter artículos o revistas electr clínicos aleato y 2020 que in

Estudio	Diseño del estudio	Características de la muestra	VARIABLES estudiadas	Objetivos	M
<p><i>The efficacy of manual therapy for treatment of dyspareunia in females</i></p> <p>Trahan et al. (2019)</p> <p>Estados Unidos</p>	Revisión sistemática	<p>Edad media = entre 31 y 38 años</p> <p>Etnicidad = no rellenada</p> <p>Raza = no rellenada</p>	<p>4 estudios =</p> <p>3 diseños no aleatorios</p> <p>1 estudio de carácter prospectivo</p>	Examinar la eficacia de la terapia manual para reducir el dolor pélvico entre las mujeres con dispareunia	<p>Criterio</p> <p>terapia manu</p> <p>intervenciones</p> <p>actualmente e</p> <p>con enfermed</p> <p>con infección v</p> <p>d</p>
<p><i>Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive / behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus</i></p> <p>Yaraghi et al. (2019)</p> <p>Iran</p>	Ensayo clínico aleatorio	<p>Edad media = 29,8 años</p> <p>Etnicidad = no rellenada</p> <p>Raza = no rellenada</p>	<p>Total muestra = 58 mujeres</p> <p>Mujeres con intervención de fisioterapia = 30</p> <p>Mujeres con intervención de toxina botulínica = 28</p>	Comparar la eficacia de la fisioterapia de los músculos del suelo pélvico con el tratamiento de inyección local de toxina botulínica sobre el funcionamiento sexual en mujeres con vaginismo primario	<p>Evaluación</p> <p>int</p> <p>. de la</p> <p>. de la capaci</p> <p>informes perso</p> <p>seguimie</p> <p>espec</p>

Tabla 12: Evaluación de la calidad de la literatura incluida en las preguntas 1, 2 y 5

Pregunta	Diseño del estudio	Estudio	New-Castle	Pedro
1 y 2	Transversal	Cassioli et al. (2019)	9/9	x
	Longitudinal	Castellini et al. (2016)	7/9	x
	RS	Castellini et al. (2020)	x	x
	Transversal	Dunkley et al. (2019)	9/9	x
	Transversal	Gonidakis et al. (2015)	8,1/9	x
	RSA	Tom Price et al. (2020)	x	x
5	Revisión bibliográfica	Berghmans et al. (2018)	x	x
	ECA	Ghaderi et al. (2019)	x	8/10
	Ensayo clínico no aleatorizado	Moreira da Silva et al. (2017)	x	6/10
	RS	Torres Levandoski et al. (2019)	x	x
	RS	Trahan et al. (2019)	x	x
	ECA	Yaraghi et al. (2018)	x	5/10

Tabla 13: Características de las GPCBE incluidas en la RSA

Guía de práctica	Academia científica	Público de destino	Consenso de expertos
Revisión 3: Tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes con anorexia / bulimia nerviosa ?			
<p><i>Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa</i></p> <p>(2015)</p> <p>Estados Unidos</p>	<p>American Academy of Family Physicians</p>	<p>Especialistas, el contenido está usado para la educación médica continua</p>	<p>Grupo multidisciplinar y multicéntrico formado por profesionales de la salud</p>
<p><i>Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison</i></p> <p>(2017)</p> <p>International Comparison</p>	<p>Wolters Kluwer Health: publicado en co-psychiatry</p>	<p>Especialistas</p>	<p>Grupo multidisciplinar y multicéntrico formado por profesionales de la salud, investigadores de Alemania, Estados Unidos y Países Bajos</p>
<p><i>Eating disorders: recognition and treatment</i></p> <p>(2017)</p> <p>Reino Unido</p>	<p>National Institute for Health and Care Excellence</p>	<p>Profesionales de salud, comisionados, proveedores, profesionales de asistencia pública en relación con pacientes padeciendo TCA (centros educativos, justicia penal), al público con sospecha o diagnóstico de TCA así que, familiares y cuidadores</p>	<p>Consenso de expertos multicéntrico formado por profesionales de la salud e investigadores</p>
<p><i>Treatment of anorexia nervosa — New evidence-based guidelines</i></p> <p>(2019)</p> <p>Alemania</p>	<p>Journal of clinical medicine (MDPI)</p>	<p>Especialistas</p>	<p>Grupo de profesionales de la salud multicéntrico especializado en medicina psicosomática, psicología y psiquiatría</p>

Guía de práctica	Academia científica	Público de destino	Consenso de exp
Revisión 4: Inclusión de la población de mujeres con anorexia / bulimia nerviosa en las guías de práctica clínica de las o			
<i>Clinical practice guidelines for management of sexual dysfunction</i> (2017) India	Institute of Medical Education and Research of Chandigarh (India)	Especialistas	Consenso de un grupo de formado por profesionales investigadores
<i>Female sexual health consensus clinical guidelines</i> (2018) Canada	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada	Especialistas	Grupo multidisciplinar y m formado por profesionales investigadores establecidos academia de obstetricia y de Canadá.
<i>A practical guide to female sexual dysfunction: an evidence-based review for physicians in Canada</i> (2018) Canada	Canadian Urological Association	Especialistas	Profesionales de salud especialidad de urología
<i>Female sexual dysfunction: ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists</i> (2019) Estados Unidos	The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	Especialistas (Ginecólogos-obstetras)	Comité de expertos GPC especialidad de ginecología compuesto por profesional e investigadores

Tabla 14: Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia

Pregunta	GPCBE	Alcance y objetivos (ítems 1-3)	Participación de los implicados (ítems 4-6)	Rigor en la elaboración (ítems 4-14)	Claridad y presentación (ítems 15-17)	Aplicabilidad (ítems 18-21)	Incidencia (ítems 22-28)
3	American Academy of Family Physicians (2015)	7/21	8/21	24/56	14/21	9/28	
	Wolters Kluwer Health: publicado en co-psychiatry (2017)	19/21	8/21	23/56	15/21	3/28	
	National Institute for Health and Care Excellence (2017)	21/21	21/21	56/56	21/21	28/28	
	Journal of clinical medicine - MDPI (2019)	21/21	17/21	37/56	20/21	13/28	
4	Institute of Medical Education and Research of Chandigarh (2017)	15/21	6/21	4/56	16/21	2/28	
	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2018)	21/21	12/21	38/56	21/21	6/28	
	Canadian Urological Association (2018)	13/21	12/21	0/56	9/21	2/28	
	The American College of Obstetricians and Gynecologists (2019)	21/21	14/21	36/56	18/21	3/28	

6.1 Revisión 1: Correlación entre anorexia / bulimia nerviosa y disfunción sexual

Seis de los 20 artículos, seleccionados por los investigadores, se centran en el estudio de la función sexual en mujeres con TCA. El análisis de esta correlación es posible gracias al uso del FSFI, del EDI-3 y del FSFS (referirse a las Tablas 3, 5 y 6).

En primer lugar, en el estudio transversal de Cassioli et al., 2020, la muestra incluye a 111 pacientes femeninas adultas, entre 18 y 40 años, diagnosticadas de AN según los criterios del DSM-5. En esta muestra, 74 pacientes son diagnosticadas con el subtipo restrictivo de AN y 37 pacientes son diagnosticadas con el subtipo de atracón-purga de AN. El grupo AN (gAN) se compara con el grupo control (gC), formado por 120 pacientes, no existen diferencias significativas entre los grupos $p > 0,05$. La variable estudiada en los grupos es el resultado total a la escala FSFI, pero también de manera independiente por categoría (deseo sexual, excitación sexual, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) se realiza mediante el método estadístico *t* test. Los resultados del estudio de Cassioli et al., muestran que existe una diferencia significativa entre los grupos AN y control en cuanto a los resultados de la escala FSFI total, pero también en cada subdominio (Tabla 15).

	Grupo AN	Grupo Control	Comparación entre grupos
FSFI Deseo	2,70 ± 1,47	3,57 ± 1,19	p < 0,001
FSFI Excitación	1,74 ± 2,04	2,74 ± 2,11	p < 0,01
FSFI Lubricación	1,90 ± 2,38	3,33 ± 2,17	p < 0,001
FSFI Orgasmo	1,57 ± 2,15	3,02 ± 2,00	p < 0,001
FSFI Satisfacción	2,10 ± 1,88	2,89 ± 1,91	p < 0,01
FSFI Dolor	1,76 ± 2,42	3,89 ± 2,56	p < 0,001
FSFI Total	11,78 ± 11,28	19,35 ± 9,53	p < 0,001

Tabla 15: Resultados del estudio de Cassioli et al., 2020

Por ende, según este estudio y como se puede observar en la Figura 7, existe una correlación significativa entre el grupo con AN y el hecho de padecer DSF.

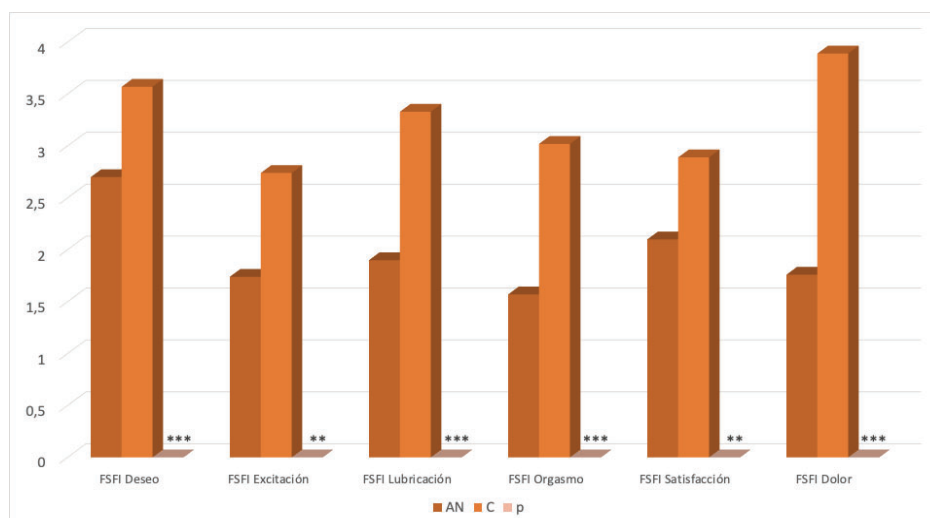


Figura 7: Puntuación de cada área de la función sexual en pacientes con AN (tipo restrictivo y tipo atracón-purga) y pacientes controles (C) ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En segundo lugar, en el estudio de Castellini et al., 2017, realizaron un estudio longitudinal de 3 años de seguimiento, para determinar si el funcionamiento sexual es un indicador potencial del proceso de recuperación en pacientes con AN y BN. La muestra está compuesta por 79 pacientes femeninas adultas entre 18 y 45 años, diagnosticadas de AN o BN según los criterios del DSM V. En esta misma muestra, había 39 pacientes con AN, concretamente 15 con AN de tipo atracón/purga y 24 con AN de tipo restrictivo, y 40 pacientes con BN. Se realizó una evaluación clínica de la función sexual mediante el cuestionario FSFI antes del inicio del tratamiento (T0), se repitió 1 año después del final de la terapia cognitivo-conductual individual (T1) y 2 años después del final del tratamiento (T2). El método estadístico utilizado es la prueba χ^2 , así que, la prueba de la t de medidas independientes para las variables categóricas y continuas. Los resultados interesantes del estudio se resumen en la *Tabla 16* siguiente:

	ANOREXIA NERVIOSA			BULIMIA NERVIOSA		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
FSFI Total	10,41 ± 10,12	15,22 ± 11,39*	18,67 ± 12,26**	17,33 ± 12,16	20,21 ± 11,22*	21,08 ± 11,13*
FSFI Deseo	2,78 ± 1,44	3,57 ± 1,76*	3,94 ± 1,49*	3,31 ± 1,80	3,81 ± 1,49	3,98 ± 1,48*
FSFI Excitación	1,48 ± 1,77	3,20 ± 1,89**	2,96 ± 1,95*	2,32 ± 2,03	3,85 ± 1,91**	4,00 ± 1,83**
FSFI Lubricación	2,00 ± 2,40	3,54 ± 1,80*	3,59 ± 2,12*	2,91 ± 2,58	4,47 ± 1,64	4,52 ± 1,83**
FSFI Orgasmo	1,00 ± 1,63	3,04 ± 2,00**	2,44 ± 1,84*	2,36 ± 2,28	4,04 ± 2,10*	3,25 ± 1,84
FSFI Satisfacción	1,42 ± 1,93	3,59 ± 2,21**	3,33 ± 2,23*	2,39 ± 2,39	3,67 ± 2,06*	3,61 ± 1,98*
FSFI Dolor	1,835 ± 2,39	3,30 ± 1,83*	3,39 ± 2,34*	3,03 ± 2,63	3,91 ± 2,19	3,55 ± 2,42

*Tabla 16: Resultados del estudio de Castellini et al., 2017 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$*

En esta tabla, se puede observar que, en los pacientes con AN, la puntuación total del FSFI y todas las subcategorías del FSFI mejoran significativamente con el tiempo. Además, con respecto a los pacientes padeciendo BN, hay una mejora significativa del FSFI total a lo largo del tiempo, así como en las subcategorías deseo, excitación, lubricación y satisfacción. Pero, no hay cambios significativos en cuanto a los orgasmos y los dolores. La evolución y mejora de la DS no es un indicador que lleve a una relación proporcional con la recuperación de la AN y la BN, porque existen pacientes quien a pesar de recuperarse de su patología siguen con DSF. Entonces, se podría considerar que la recuperación completa de una paciente con TCA se establece cuando ya no existe una DSF. Estas mejoras a lo largo del tiempo pueden verse en las *Figuras 8 y 9* siguientes:

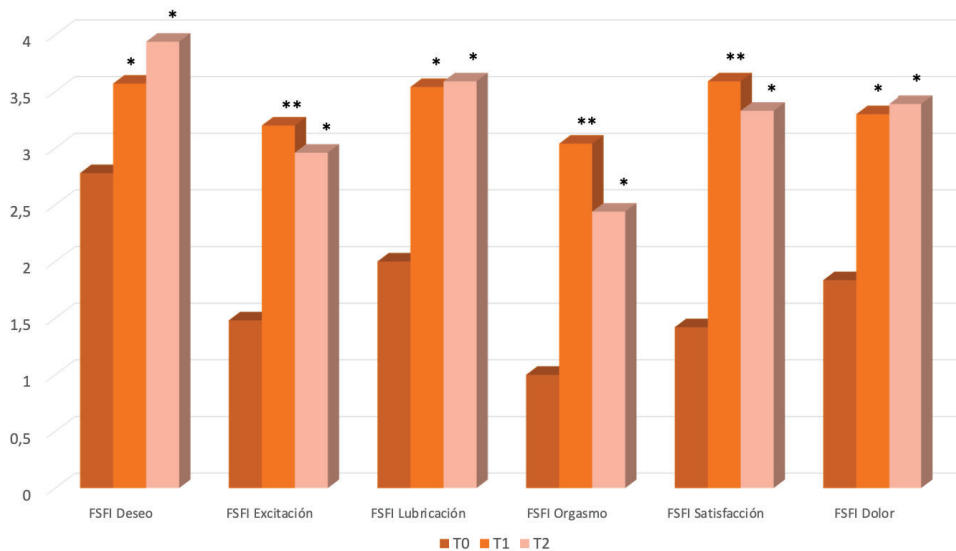


Figura 8: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual de las pacientes con AN a lo largo de los años * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

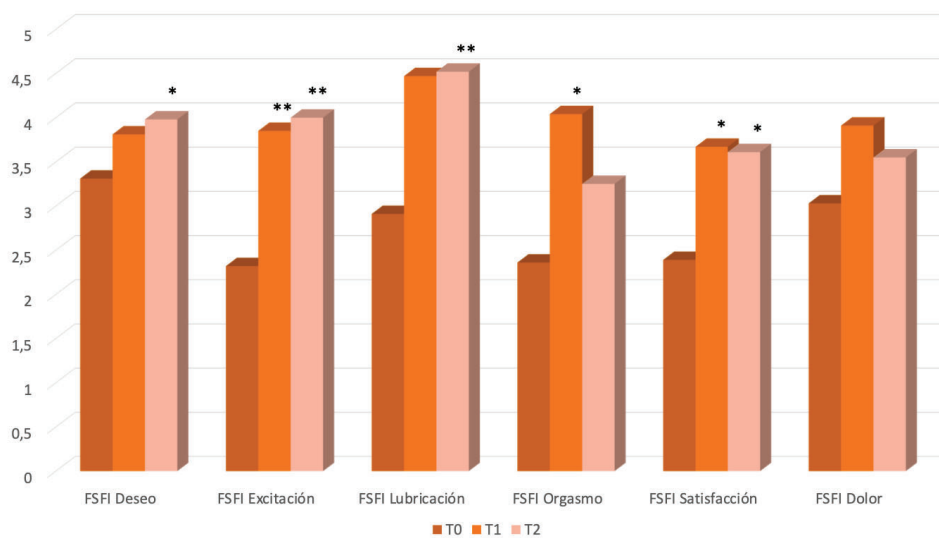


Figura 9: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual de las pacientes con BN a lo largo de los años * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En tercer lugar, en la revisión sistemática de Castellini et al., 2020, han integrado 15 artículos, tres estudios concluyeron que el malestar corporal, incluyendo una evaluación corporal psicométricamente errónea, es un factor común y predictor de los TCA y de las DSF. En uno de ellos, él de Tolosa-sola et al., 2019, las pacientes con TCA informaron de mayores niveles de insatisfacción corporal y disfunción sexual, y de menores niveles de satisfacción sexual. En otro estudio, se observa que la restricción dietética severa se relaciona con una disminución del deseo sexual, pero que no tiene ningún tipo de proporcionalidad con la gravedad de la pérdida de peso sino por el proceso mismo de la restricción. También observan que las razones psicopatológicas que inciden en los TCA están muy relacionadas con los que influyen en las DSF. En otros estudios recientes, se entrevista a los dos miembros de las parejas incluidas en el estudio, uno de los cuales padece TCA, y de manera

significativa, la sexualidad tanto del paciente como de su pareja se ve unánimemente afectada. Y, por último, en el estudio de Maier et al., 2019, quisieron comprobar las hipótesis psicopatológicas de la correlación entre AN y DSF de manera neurobiológica. Por ende, seleccionaron a 31 mujeres con AN, 35 mujeres controles sanas y 22 pacientes recuperadas de AN para comparar la respuesta neurológica a los estímulos sexuales mediante resonancia magnética. Se dieron cuenta que las mujeres con AN tenían una actividad significativamente menor en la corteza parietal y que la respuesta de la corteza prefrontal, que disminuye en los casos controles, no disminuye en las mujeres con AN. En cambio, en las pacientes recuperadas, la actividad neurológica durante el acto sexual era en mayoría similar al del gC, pero un porcentaje notable de mujeres mostró una prolongación de la hipoestimulación neurológica de las áreas cerebrales asociadas a la estimulación sexual.

En cuarto lugar, en cuanto a la investigación transversal correlacional de Dunkley et al., 2020, se estudia una muestra de 581 mujeres, de las cuales 142 tienen un resultado predictivo de TCA en la escala EDI-3. Los científicos trataron de seleccionar una muestra heterogénea con una diversidad étnica, de orientación sexual y de situación relacional. Mediante una regresión lineal de orden cero, se valora la potencial correlación entre la presencia de TCA y, específicamente de bulimia con las DSF. Primeramente, en el estudio de la variable TCA vs Female sexual distress scale-revised (FSDS) se observa un $p < 0,000$, así que, un $p = 0,000$ en el caso de FSDS vs Bulimia, lo que refleja una correlación significativa entre estas variables. Además, mediante el estudio de regresión lineal de FSFI total con TCA, se establece un $p < 0,000$ y el FSFI total vs Bulimia, $p < 0,000$. A raíz de este estudio, se destaca una evaluación de cada subdominio del FSFI. En cuanto a la variable TCA, se establece una relación significativa con el deseo sexual ($p < 0,01$), la excitación sexual ($p < 0,001$), la lubricación ($p < 0,05$), el orgasmo ($p < 0,01$), la satisfacción ($p < 0,01$) y el dolor ($p < 0,000$). Con respecto a la variable Bulimia, se subraya una relación significativa con la excitación sexual ($p = 0,001$), la lubricación ($p = 0,011$), la satisfacción ($p = 0,013$), y el dolor ($p = 0,000$). Por consiguiente, los resultados de este estudio sugieren que existe una relación significativa entre los TCA y la presencia de padecer DSF.

En quinto lugar, el estudio transversal de Gonidakis et al., 2015, compara 53 pacientes con TCA (26 con AN y 27 con BN), con 58 mujeres sanas. La comparación entre los tres grupos mediante el análisis de varianza de una vía con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples muestra una diferencia significativa entre los tres grupos en las puntuaciones totales del FSFI ($p = 0,001$), y en cada subcategoría: deseo ($p = 0,001$), excitación ($p = 0,02$), lubricación ($p = 0,01$), orgasmo ($p = 0,008$), satisfacción ($p = 0,003$) y dolor ($p = 0,009$). Por tanto, se puede concluir a la presencia significativa de DSF en los grupos con TCA: AN y BN.

A continuación, se realiza una comparación entre grupos en la que se observa una diferencia significativa solamente entre gC y gAN. Los resultados son los siguientes: FSFI total ($p = 0,002$), y en cada subcategoría: deseo ($p = 0,001$), excitación ($p = 0,003$), lubricación ($p = 0,01$), orgasmo ($p = 0,01$), satisfacción ($p = 0,006$) y dolor ($p = 0,007$). De hecho, la comparación entre gAN y gBN así que, entre gC y gBN no es estadísticamente relevante. Estos resultados pueden verse en la *Figura 10* siguiente:

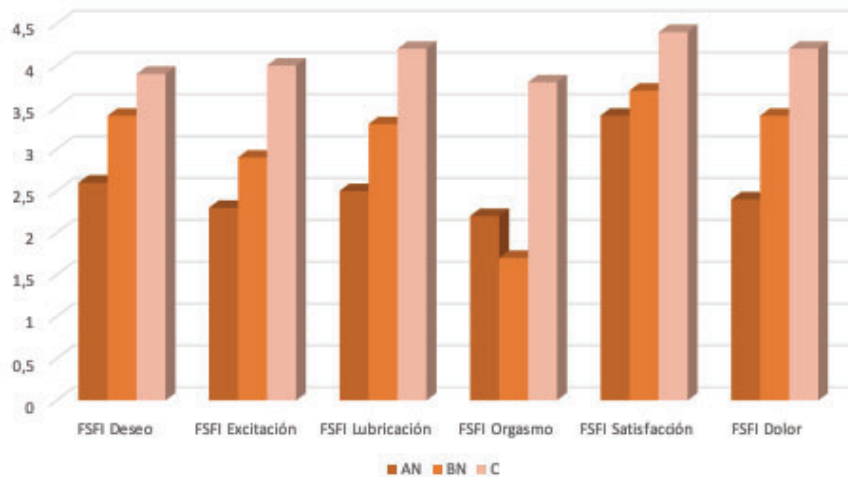


Figura 10: Puntuación de cada área de la función sexual en pacientes con AN, pacientes con BN y pacientes controles (C)

Se presentó también a las pacientes un cuestionario sobre el contacto sexual, los sueños sexuales, el orgasmo durante el sueño, las fantasías sexuales durante el día y la masturbación. Las pacientes con AN informaron de una menor frecuencia que los controles sanos en las preguntas sobre el contacto y las fantasías sexuales diurnas, mientras que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las preguntas sobre la frecuencia de la masturbación y los sueños sexuales. Las pacientes con AN informaron de una función sexual significativamente peor en general y en la mayoría de las áreas específicas medidas. En general, la función sexual global de las pacientes con TCA era peor que la de un grupo de mujeres sanas con características demográficas similares.

En último lugar, la RSA de Price et al., 2020, incluyó 28 artículos científicos para abordar la necesidad de mapear la literatura científica en torno a las DSF en mujeres diagnosticadas con AN. Dada la heterogeneidad de la literatura encontrada, se centraron en un abordaje y una metodología más integradora, tal y como lo permiten las RSA. El rango de fechas de los estudios integrados está entre 1979 y 2019.

Primeramente, en lo que respecta al funcionamiento sexual, el comportamiento y las relaciones sexuales de las mujeres con AN, descubrieron en varios estudios que, durante el transcurso de la enfermedad, las mujeres escogidas en las muestras no tenían pareja o no eran sexualmente activas mientras padecían AN. Estadísticamente, el 75% de las mujeres en un estudio y el 60% de las mujeres en otro. Además, se encontró en un estudio una disminución de la libido en el 70% de las mujeres con AN y un incremento de los niveles de ansiedad sexual en el 60% de ellas. También se valoró una mayor disminución de la libido en pacientes con AN que con BN y una mayor restricción del deseo sexual en pacientes con dietas restrictivas severas. En cuanto al placer orgásmico, se comprobó que más de la mitad de las pacientes con AN no alcanzaban el orgasmo durante las relaciones sexuales con penetración. De manera general, la mayoría de los estudios han demostrado que la actividad sexual y la calidad de la salud sexual en las mujeres diagnosticadas de AN, eran significativamente menores que en los grupos controles, aunque no se pudieron observar diferencias entre los distintos tipos de AN (tipo restrictivo o tipo atracón-purga). Según un estudio de 2009, el 24% de las mujeres con un IMC

inferior a 18,5 calificaron su vida sexual como totalmente insatisfactoria, al igual que el 10% de las mujeres que se habían recuperado de la enfermedad. Por último, un estudio observó que las mujeres diagnosticadas de AN, que eran sexualmente activas, cambiaban de pareja sexual con más frecuencia y tenían conflictos en su relación de pareja en cuanto a la sexualidad. Por fin, descubrieron que el 60% de las mujeres no se sentían atraídas sexualmente y mantenían un comportamiento negativo hacia su intimidad sexual tras la aparición de la AN.

Secundariamente, con respecto a las DSF en mujeres con AN, Price et al., informaron de que en los 6 estudios que utilizaron la escala FSFI para medir el grado de DSF, las pacientes con AN obtuvieron una puntuación significativamente más baja (entre 8,3 y 15,4 sobre 36) en comparación con los grupos controles, que obtuvieron entre 19,6 y 30,2 sobre 36. En un estudio, calcularon un odds-ratio ajustado a la edad, en el que encontraron que una mujer con AN tenía 7,7 más probabilidades de padecer una DSF que una mujer sana. A pesar de los claros resultados de tener mayor riesgo de padecer DSF con un TCA, no se pudo demostrar ninguna diferencia de los niveles de DSF entre las pacientes con AN y BN.

Terceramente, en cuanto al desarrollo psicosexual de las mujeres con TCA, se dieron cuenta que, en general, esta población tenía una frecuencia relativamente menor de relaciones sexuales, masturbaciones, besos y fantasías sexuales en comparación con los individuos sanos. Por lo tanto, en estas investigaciones se observó que las mujeres con TCA pueden experimentar un retraso en su desarrollo psicosexual así que, un peor funcionamiento y satisfacción sexual que las mujeres sanas.

6.2 Revisión 2: Calidad de la literatura científica en este ámbito

La calidad de la literatura científica de los estudios incluidos por los investigadores es bastante heterogénea, tanto por los propios límites de los estudios como por su calidad metodológica. De hecho, se puede consultar en la *Tabla 12* la evaluación metodológica de cada estudio elegido para intentar demostrar la relación entre TCA y DSF.

Con respecto a las deficiencias y límites individuales de los 5 primeros artículos revisados, se puede observar en la *Tabla 17* que:

	Límites	Observaciones
Cassoli et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> Pequeño tamaño de la muestra Limitaciones metodológicas 	→ Limitada extrapolación de resultados
Castellini et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> No hay comparación con un grupo control 	→ Limitada interpretación de resultados
Castellini et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> Falta de heterogeneidad de la muestra en cuanto a los hombres y las minorías sexuales 	→ Importancia de incluir estos pacientes en muestras en futuras investigaciones sobre el funcionamiento sexual en pacientes con TCA
Dunkley et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> Naturaleza transversal y correlacional del estudio Falta de heterogeneidad de la muestra Subcategoría de dolor del FSFI sólo tiene en cuenta el dolor experimentado durante la penetración 	<ul style="list-style-type: none"> → Necesidad seguir investigando la relación etiológica entre dolor sexual y TCA → Limitada generalización de resultados → Discriminación entre mujeres con y sin vaginismo
Gonidakis et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> Pequeño tamaño de la muestra y carencia de heterogeneidad Pacientes fueron reclutados en la misma unidad TCA Entorno cultural en el que se desarrolló el estudio (mujeres, jóvenes, cristianas, ortodoxas, de Atenas en Grecia) Algunas de las pacientes no tuvieron actividades sexuales en el último mes y no se especifica la razón 	<ul style="list-style-type: none"> → Impide alcanzar niveles estadísticamente significativos → Impide la variabilidad en cuanto a muchos factores (económicos, sociales, culturales, educativos) → Comportamientos sexuales dependen del contexto cultural y de los grupos étnicos en los que cada persona evoluciona → No se detallaron las razones, en las que podría influir el hecho de padecer DSF o la separación de su relación anterior

Tabla 17: Presentación de los límites de 5 estudios

Por último, respecto a la investigación de Price et al., 2020, la calidad de los estudios encontrados es variable, 18 estudios tienen una calidad metodológica baja, 3 pueden considerarse aceptables y solamente 3 de alta calidad metodológica. En cambio, con respecto al diagnóstico de los TCA y la valoración psicométrica objetiva de las DSF en los pacientes, el 61% de los estudios utilizaron herramientas de evaluación científicamente válidas, los demás estudios utilizaron herramientas de valoración subjetivas y un estudio no especificó su método para medir las DSF. Además, se puede anotar la ausencia total de investigaciones de tipo ECA en cuanto al tratamiento de las DSF en estos pacientes con TCA, o que integren la variable DSF en la estrategia de tratamiento holístico y multidisciplinar de los TCA. Al igual que en el estudio de Castellini et al., 2020, esta RSA pone de manifiesto la falta de literatura en la población masculina diagnosticada de TCA. Además, es importante destacar la diversidad de escalas y herramientas existentes para la cuantificación objetiva de las DSF.

Este asunto no permite a los investigadores realizar una comparación estadística cuantitativa tipo metaanálisis de los resultados. La escala más utilizada y valorada en la comunidad científica para la evaluación cuantitativa de las DSF es la escala FSFI, aunque es fundamental tener en cuenta los límites propios de esta escala. De hecho, esta herramienta sólo se aplica a personas sexualmente activas, es decir, a aquellas que han tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas previas a la evaluación, lo que conlleva un riesgo de sesgo notable en la selección de las pacientes e impide la generalización de los resultados a todas las mujeres con AN. Además, esta escala no permite evaluar la angustia sexual, que es un criterio de valoración esencial para obtener una idea imparcial del estado de salud sexual de una persona. Por último, no existen estudios comparativos de las diferentes escalas de valoración de las DSF en pacientes con TCA para identificar cuál de las herramientas existentes es la más adecuada con respecto a esta población específica. Por consiguiente, estos límites impidieron a los científicos del equipo de Price concluir con certeza que existe una relación entre las DSF en mujeres adultas y la AN. Con respecto a los límites propios de su estudio, son los específicos de la metodología elegida, es decir, la heterogeneidad científica, que incluye ciertos elementos de la literatura como las tesis doctorales que no pudieron ser evaluadas, así como los artículos de revistas. Además, el amplio rango de fechas y la borrosa distinción entre lo que puede incluir la palabra clave “sexualidad” en las búsquedas, ocasiona una confusión entre DS y orientación sexual, lo que también supone una limitación.

6.3 Revisión 3: Tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes con anorexia / bulimia nerviosa

Los investigadores estudiaron 4 GPCBEs centradas en las necesidades terapéuticas que requieren los TCA. El rango de fechas de las GPCBEs seleccionadas es bastante reciente (2015 - 2019) y su procedencia incluye diferentes países e incluso continentes (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y comparación internacional).

En las GPCBEs de Estados Unidos y del Reino Unido, la única referencia a la sexualidad en pacientes con TCA intenta explicar que la AN no está asociada a experiencias de agresión o abuso sexual infantil, pero que esto podría ser un factor predictivo de la BN (Harrington et al., 2015; NICE, 2017).

En cuanto a la GPBCE de Alemania y la comparación internacional de las guías existentes entre 2009 y 2017 incluyendo los países siguientes: Australia, Nueva Zelanda, Dinamarca, Francia, Países Bajos y España, así como Alemania, Reino Unido y Estados Unidos; no se proporciona información en cuanto a la integración de las DSF en la estrategia terapéutica holística y multidisciplinar que exigen los TCA (Hilbert et al., 2017; Resmark et al., 2019).

En estas guías, la salud sexual femenina es la gran olvidada en el cuadro sintomático durante el proceso patológico y también a posteriori, a nivel de las secuelas que pueden dejar en la salud sexual de las pacientes. Esta constatación es aún más impactante ya que, incluso en la comparación internacional que incluye 9 de las mejores GPBCEs actualmente publicadas a nivel mundial, no se abordan las DSF y, más concretamente, no se valora la salud sexual en estas poblaciones (Hilbert et al., 2017; Resmark et al., 2019).

6.4 Revisión 4: Inclusión de la población de mujeres con anorexia / bulimia nerviosa en las guías de práctica clínica de las disfunciones sexuales

Los investigadores analizaron algunas de las GPCBEs enfocadas en las DSF. Las GPCBEs encontradas forman parte de un rango de fechas relativamente reciente (2017 - 2019) y su procedencia se extiende a nivel internacional, ya que se incluyeron GPCBEs americanas, canadienses e indias. Esta selección sugiere una cierta fiabilidad de los resultados, permite una visión más objetiva de la información encontrada en el manejo terapéutico. Con respecto al abordaje de las mujeres con TCA en las GPCBEs centradas en la DS, no se encontró ninguna información en la gestión terapéutica de las DSF en la población de estudio, ni sobre las poblaciones con comportamientos compulsivo-obsesional (ACOG, 2019; Avasthi et al., 2017; Lamont et al., 2018; Krakowsky & Grober, 2018).

6.5 Revisión 5: Tratamiento fisioterapéutico de las disfunciones sexuales femeninas

A continuación, los investigadores se centraron en encontrar artículos que evaluaran el impacto de la fisioterapia en las DSF. Se seleccionaron 6 artículos para estudiar esta problemática. Pero, además, al analizar las GPCBEs específicas de las DSF, se proporcionó algunos datos interesantes. Así, en esta sección se estudiarán 6 artículos más 4 GPCBEs. El análisis de este impacto también es posible gracias al uso del FSFI (en su versión descrita en la *Tabla 3* y su versión persiana estandarizada descrita en la *Tabla 4*), de la EVA, de la escala de Oxford, del Índice de dolor McGill y la escala de dolor de Mankoski (*Tablas 7, 8, 9 y 10*).

En primer lugar, en la revisión bibliográfica de Berghmans, 2018, seleccionaron 32 artículos, de los cuales 27 RS y 5 ECAs. La presentación de los resultados de este estudio se organiza en tres ejes:

- ¿Por qué se infravalora la fisioterapia en el asesoramiento de las DSF?
- ¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que propone la fisioterapia?
- ¿Cuál es la calidad de la evidencia científica en torno a estas pautas de práctica clínica?

En este estudio, primeramente, subrayan el hecho de que hace un poco más de una década, el uso de la fisioterapia para la valoración de las disfunciones del suelo pélvico y de las DSF era casi inexistente, tanto en la práctica clínica como en los estudios. Como este enfoque es bastante novedoso, se necesita tiempo para desarrollar sus áreas de conocimiento y su integración en los equipos médicos multidisciplinares.

Secundariamente, sólo desde hace poco, existe un nuevo modelo integral, llamado biopsicosocial considerando el individuo como una entidad social-psicosomática, definiéndose por una interacción entre factores físicos (genéticos, fenotípicos, bioquímicos...), psicológicos (estado de ánimo, personalidad, comportamiento...) y sociales (culturales, familiares, socioeconómicos...). Este modelo es el que permite entender las DSF y su etiología multifactorial requiriendo un enfoque terapéutico multidisciplinar. Hasta ahora, en los estudios etiológicos de las DSF, se ha destacado principalmente que la razón mayoritaria de estos problemas es de carácter psicológico, lo que ha generado una

acentuación de la atención psicológica en la estrategia de tratamiento y una disminución de la atención musculoesquelética en las mujeres con DS.

Terceramente, la mayoría de los ginecólogos y médicos, se centran en la sintomatología y no en los posibles procesos de sensibilización central del dolor o en la presencia de síndromes miofasciales, por falta de formación, entrenamiento y capacidad diagnóstica. De hecho, estudios recientes observan que, de los médicos que derivan los pacientes a consultas de fisioterapia, el 93% no especifican la localización del dolor, el 44% la duración del dolor, el 74% la patología y el 95% las comorbilidades. Asimismo, en otro estudio que incluía 69 artículos, los médicos especificaron la localización del dolor en sólo un 45% de los estudios y solamente el 20% de ellos realizaron un examen digital intracavitario para el diagnóstico de puntos gatillos miofasciales pélvicos.

Cuartamente, en este artículo se destacan las diferentes escalas usadas en cuanto al diagnóstico de las DSF, ya que cada profesional sanitario tiene una escala diferente dependiendo de su especialidad, lo que reduce una comprensión y una valoración global y común de las DS entre los profesionales sanitarios. De hecho, los médicos utilizan la escala CIE-10, con la excepción de los psiquiatras que, junto con los psicólogos y sexólogos utilizan los criterios del DSM-5, y por fin los fisioterapeutas utilizan la escala de clasificación internacional de las funciones (CIF).

Por último, esta revisión pone de manifiesto la necesidad de integrar al fisioterapeuta en el equipo multidisciplinar. No sólo para el tratamiento específico del suelo pélvico en las DSF, sino también en el abordaje biomecánico de las cadenas lesionales que puedan influir en el proceso patológico del suelo pélvico, rehabilitando otras manifestaciones musculoesqueléticas que puedan padecer los pacientes. A pesar de lo anterior, esta revisión muestra que hoy en día, poco a poco la fisioterapia se está integrando en las GPCBE multidisciplinarias y en los protocolos de tratamiento de las DSF. Por ejemplo, como en los Países Bajos, en la Clínica del Dolor del Centro Médico Universitario de Groningen, donde han creado una unidad multidisciplinar de medicina de la gestión del dolor integrando a las DSF.

En los artículos revisados, Berghmans recopiló información sobre el desarrollo del diagnóstico fisioterapéutico en las DSF. Primero, aborda el imprescindible consentimiento informado con respecto al papel de la fisioterapia y los métodos utilizados para el tratamiento. Luego, tras la anamnesis, se debe realizar una inspección general de la postura, la columna vertebral y la pelvis. Una vez realizado, se debe valorar la pared abdominal, así como la respiración en decúbito supino. A raíz de esto, se puede prestar especial atención a la región perineal, con la observación y evaluación de las estructuras musculoesqueléticas y nerviosas externas e internas, valorando el dermatoma, miotoma, esclerotoma, viscerotoma y angiotoma.

En cuanto a los métodos de tratamiento, el primer paso es la educación terapéutica a lo largo del proceso de tratamiento, seguido de un tratamiento musculoesquelético global (columna, pelvis, abdomen...) mediante técnicas manuales, físicas y ejercicio terapéutico, a las que se añaden también ejercicios respiratorios. Luego, se realiza un trabajo de liberación de las restricciones miofasciales externas e internas con el tratamiento de los puntos gatillos y las bandas tensas mediante técnicas manuales, físicas o invasivas (punción seca). Para el trabajo específico de la musculatura del suelo pélvico, se utilizan técnicas de entrenamiento de fuerza y resistencia, con técnicas de biorretroalimentación, de electroestimulación, el uso de balones hinchables o pelotas adaptadas para

la dilatación de los tejidos vaginales. Y por fin, existen pautas para realizar ejercicios de fortalecimiento o de relajación muscular en casa.

En estos últimos años, Berghmans ha identificado y citado varios estudios de calidad en cuanto a la eficacia y la necesidad del tratamiento fisioterapéutico en pacientes con DSF. En concreto abordan los temas siguientes: el entrenamiento regular de la musculatura del suelo pélvico, técnicas concretas como la electroestimulación o el masaje perineal, el hecho de que la derivación a un fisioterapeuta para cualquier tipo de dolor vulvovaginal tendría que formar parte de la rutina terapéutica multidisciplinar. Así que, otros estudios califican la fisioterapia pélvica como segura, eficaz, con una mejora significativa en la sintomatología de las pacientes con DSF, además del autoempoderamiento de las mujeres en su intimidad.

En segundo lugar, en el ECA de Ghaderi et al., 2019, evaluaron los efectos de las técnicas de rehabilitación del suelo pélvico en mujeres adultas con dispareunia. Por ello, seleccionaron a 74 pacientes con dispareunia que fueron asignadas aleatoriamente a 2 grupos: un grupo test de 32 pacientes que recibieron electroterapia, terapia manual y ejercicios para los músculos del suelo pélvico, y un grupo de control de 32 pacientes que no recibieron ningún tratamiento, sino que permanecieron en lista de espera. Las pacientes seleccionadas tenían aproximadamente 35,3 años y presentaban dolor en la zona genital antes, durante o después del coito vaginal. Las participantes del grupo experimental recibieron 1 sesión semanal durante 3 meses y realizaron ejercicios progresivos para los músculos del suelo pélvico diariamente en casa. Cada sesión incluía entre 15 y 20 minutos de técnicas manuales para liberar los puntos gatillo del suelo pélvico mediante la liberación miofascial de los tejidos blandos y el masaje intravaginal profundo, y entre 20 y 25 minutos de TENS de alta frecuencia mediante electrodos intravaginales. El efecto del tratamiento se evaluó antes y después de la intervención, y para la variable dolor, se realizó también una tercera medición 3 meses después del final del tratamiento. Se utilizó la versión persiana del FSFI, la escala EVA y la escala Oxford para la valoración de la musculatura. Los resultados muestran una mejora significativa en el grupo de la intervención fisioterapéutica en todas las variables medidas en comparación con el grupo control en cuanto a las variables FSFI y EVA (*referirse a las Figuras 11 y 12*). También hubo una mejora en la puntuación de la escala de Oxford en el grupo experimental en el periodo posterior al tratamiento, tanto para la fuerza como para la resistencia de los músculos del suelo pélvico. Se presentan los resultados del estudio en la *Tabla 18* siguiente:

	ANTES		DESPUÉS		3 MESES DESPUÉS	
	Grupo test	Grupo control	Grupo test	Grupo control		
FSFI Persiano total	31,16 ± 8,31	35,25 ± 10,04	88,59 ± 4,92**	38,69 ± 6,72		
FSFI Deseo	3,59 ± 1,60	3,56 ± 1,52	8,38 ± 1,28**	4,00 ± 1,52		
FSFI Excitación	5,06 ± 2,35	4,56 ± 2,04	14,47 ± 1,86**	5,03 ± 1,30		
FSFI Lubricación	4,44 ± 1,93	5,25 ± 2,92	14,44 ± 1,77**	5,94 ± 3,61		
FSFI Orgasmo	3,63 ± 1,89	4,13 ± 1,80	11,56 ± 1,39**	4,91 ± 1,59		
FSFI Satisfacción	4,31 ± 1,37	4,53 ± 1,79	10,53 ± 1,10**	4,97 ± 2,07		
FSFI Dolor	3,88 ± 1,94	4,28 ± 1,87	12,78 ± 1,38**	4,81 ± 1,58	Grupo test	Grupo control
EVA Dolor	9,03 ± 0,86	8,34 ± 0,97	1,66 ± 1,09**	8,72 ± 1,14	1,41 ± 1,10**	8,87 ± 0,83

*Tabla 18: Resultados del estudio de Ghaderi et al., 2019 ** p < 0,05*

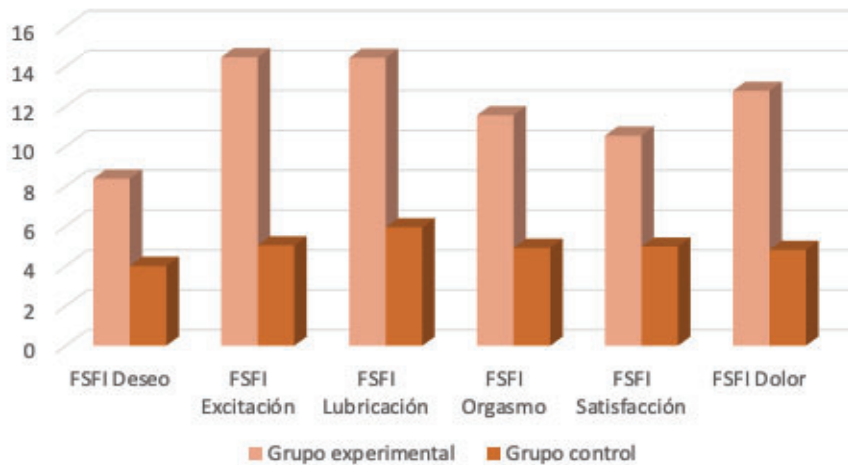


Figura 11: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual de los grupos después del tratamiento ($p < 0,05$)

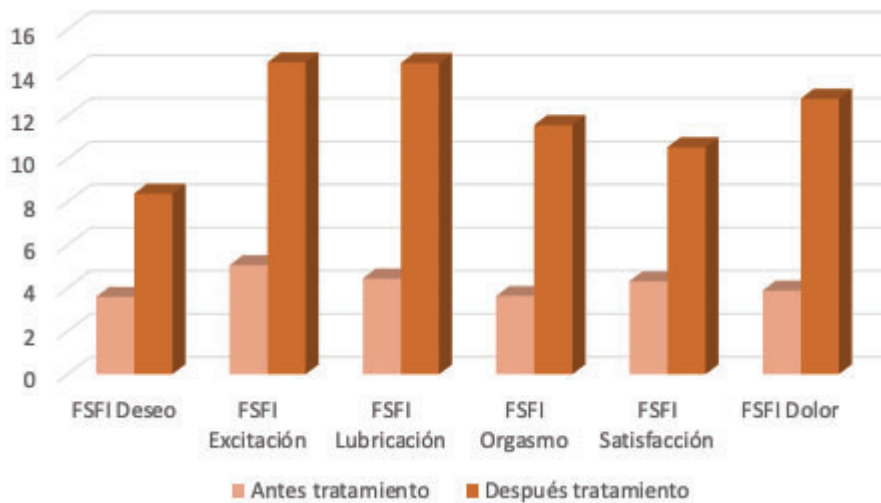


Figura 12: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual del grupo experimental ($p < 0,05$)

En tercer lugar, en el estudio de Silva et al., 2017, realizaron un EC no aleatorio con fin de evaluar la eficacia a largo plazo del masaje perineal de Thiele en el tratamiento de mujeres con dispareunia causada por la sensibilidad de los músculos del suelo pélvico con o sin dolor pélvico crónico (DPC). Las pacientes reclutadas fueron mujeres sexualmente activas con una edad media de 33 años. Los 2 grupos se dividieron con: un grupo de 8 pacientes con dispareunia causada exclusivamente por esta sensibilidad (gD) y otro grupo de 10 pacientes con dispareunia causada por esta sensibilidad asociada a DPC (gDPC). Todas las mujeres incluidas en el estudio recibieron masaje transvaginal según la técnica de Thiele, realizado desde el origen hasta la inserción del orificio vaginal con un grado de presión tolerable para las pacientes, durante 5 minutos una vez a la semana, durante un periodo de 4 semanas. Se realizó una evaluación inicial antes de empezar el tratamiento y las pacientes fueron reevaluadas después de 1, 4, 12 y 24 semanas de seguimiento (*referirse a las Figuras 13 y 14*).

Los resultados fueron concluyentes, se observó una mejora significativa de todos los criterios FSFI, en el grupo D, se presentaron los resultados en la *Tabla 19* siguiente:

	Al inicio	Después 1 semana	Después 4 semanas	Después 12 semanas	Después 24 semanas	"p"
FSFI Total	18,8 ± 5,9	27,5 ± 3,2*	28,9 ± 3,6*	28,4 ± 3,7*	26,0 ± 4,3*	<0,0001
FSFI Deseo	2,6 ± 1,0	4,1 ± 0,7*	3,9 ± 1,1*	4,1 ± 0,9*	3,9 ± 1,1*	0,0003
FSFI Excitación	3,0 ± 1,4	4,4 ± 0,7*	4,2 ± 1,1*	4,1 ± 0,8	3,8 ± 0,8	0,005
FSFI Lubricación	3,1 ± 1,2	4,3 ± 1,1*	4,9 ± 0,9*	4,6 ± 1,0*	4,4 ± 1,0*	0,0003
FSFI Orgasmo	3,5 ± 1,4	4,4 ± 1,3	4,9 ± 1,0*	4,8 ± 0,6*	4,4 ± 0,9	0,007
FSFI Satisfacción	4,2 ± 1,5	5,2 ± 0,5	5,5 ± 0,4*	5,6 ± 0,5*	4,9 ± 1,0	0,005
FSFI Dolor	2,2 ± 1,2	4,8 ± 1,1*	5,2 ± 0,6*	4,9 ± 0,7*	4,5 ± 1,2*	<0,0001

*Tabla 19: Resultados del estudio de Silva et al., 2017 * p < 0,001*

En cuanto al grupo con DPC, hubo una mejora significativa únicamente para el FSFI dolor. En cambio, las puntuaciones de la EVA y del Índice de Dolor de McGill mostraron una mejora significativa en los dos grupos durante todo el periodo de seguimiento.

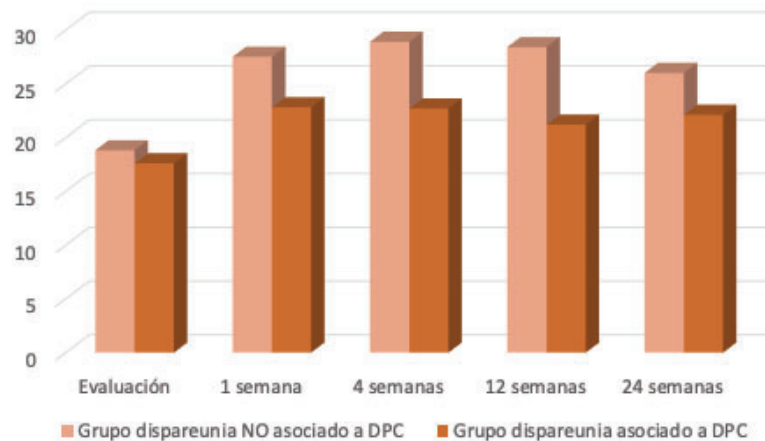


Figura 13: Puntuación total de la función sexual de los grupos durante los periodos de seguimiento del estudio

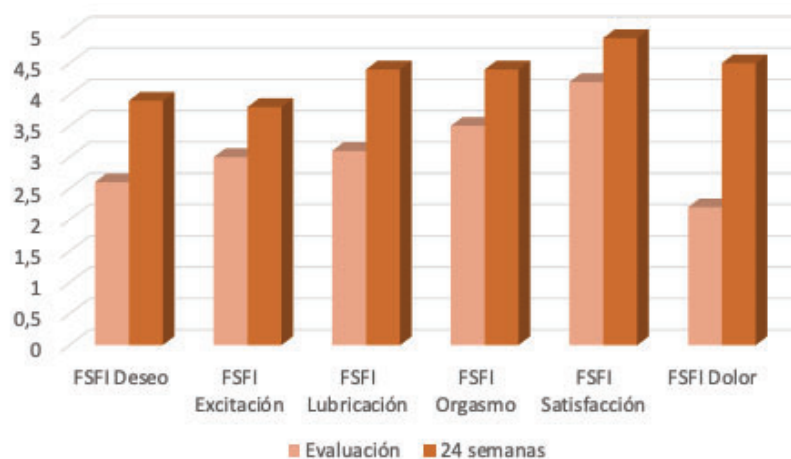


Figura 14: Evolución de puntuación de cada área de la función sexual del grupo dispareunia NO asociado a DPC

En cuarto lugar, la revisión sistemática de Torres Levandoski et Furlanetto, 2020, analiza los recursos fisioterapéuticos existentes en el tratamiento del vaginismo, su eficacia y su relevancia

científica. Estudiaron 124 artículos científicos de los cuales seleccionaron 3 referencias para analizarlas. Las técnicas estudiadas fueron la estimulación eléctrica funcional a frecuencias analgésicas, ejercicios de relajación del suelo pélvico, con o sin el uso de luz infrarroja, desensibilización, técnicas de relajación digital y dilatadores vaginales. Uno de los estudios, descubrió que las posibilidades de mantener relaciones sexuales fueron 2,02 veces mayores para los participantes del grupo de intervención fisioterapéutica que para el grupo de control. Los demás descubrieron que los subdominios del FSFI mejoraron con la fisioterapia en comparación con el otro grupo. En los tres estudios revisados, los resultados fueron sin precedente los mismos: la acción fisioterapéutica tiene una relevancia significativa en el tratamiento del vaginismo. A pesar de ello, los estudios presentan límites en cuanto a la metodología y al riesgo de sesgo. Además, la RS de Torres Levandoski et Furlanetto, 2020, resalta la escasa literatura científica sobre este tema, por lo que concluye que los resultados son positivos y prometedores, pero que es necesario seguir investigando en este área.

En quinto lugar, la revisión sistemática de Trahan et al., 2019, incluyó 3 estudios con diseños no aleatorios y 1 estudio de carácter prospectivo para examinar la eficacia de la terapia manual en la reducción del dolor pélvico en mujeres con dispareunia. Todos los estudios mostraron mejoras significativas en las mujeres con dispareunia tras el tratamiento de terapia manual, sobre todo en cuanto a la disfunción sexual y la intensidad del dolor. Estas mejoras se manifestaron particularmente en las puntuaciones del dominio del dolor del FSFI, que mejoraron significativamente después del tratamiento en todos los estudios incluidos. Además, en 3 de los estudios, se observó una mejora significativa en las puntuaciones de la EVA, el Índice de Dolor de McGill, la Escala de Dolor de Mankoski y las escalas de calificación del dolor de 10 puntos. Estos resultados permitieron destacar que el dolor pélvico asociado específicamente al coito puede aliviarse con la terapia manual.

En sexto lugar, el ECA de Yaraghi et al., 2019, compara la eficacia de la fisioterapia de los músculos del suelo pélvico y la inyección local de toxina botulínica en el funcionamiento sexual de pacientes con vaginismo primario. La inyección de unidades botulínicas diluidas se realizó en los músculos elevadores del ano. Con respecto a la intervención de fisioterapia, se aplicaron ejercicios de relajación, estimulación eléctrica funcional, desensibilización y focalización en las sensaciones durante 12 semanas. Las pacientes seleccionadas, tienen entre 20 y 40 años, se dividieron aleatoriamente en 2 grupos: 30 pacientes en el grupo de toxina botulínica y 28 pacientes en el grupo de fisioterapia. El funcionamiento sexual de las mujeres con vaginismo se midió mediante el cuestionario FSFI con una comparación estadística antes/después en cada grupo, así que, una comparación entre los dos grupos. Los resultados, como se pueden observar en la *Tabla 20*, muestran claramente que las proporciones de disfunción sexual disminuyeron significativamente en ambos grupos después de los tratamientos, con una mayor disminución en el grupo de fisioterapia. De hecho, la proporción de DS disminuyó de 14% en el grupo de fisioterapia, y solamente un 8% en el grupo de la botulina. Este estudio concluye que el tratamiento fisioterapéutico tuvo una tasa de éxito mayor que las inyecciones de toxina botulínica en las 6 áreas del funcionamiento sexual (*Figura 15*).

	Grupo fisioterapia	Grupo botulina	Comparación entre grupos
FSFI Deseo	1,07 ± 1,39*	0,04 ± 0,79	p = 0,001
FSFI Excitación	1,96 ± 2,36*	0,24 ± 0,36	p < 0,001
FSFI Lubricación	2,41 ± 2,0*	0,02 ± 0,11	p < 0,001
FSFI Orgasmo	2,23 ± 1,94*	0,82 ± 1,4	p = 0,001
FSFI Satisfacción	1,5 ± 1,1*	0,48 ± 0,6	p = 0,001
FSFI Dolor	3,18 ± 2,34*	1,57 ± 1,7*	p = 0,005

Tabla 20: Resultados del estudio de Yaraghi et al., 2019 * p < 0,001

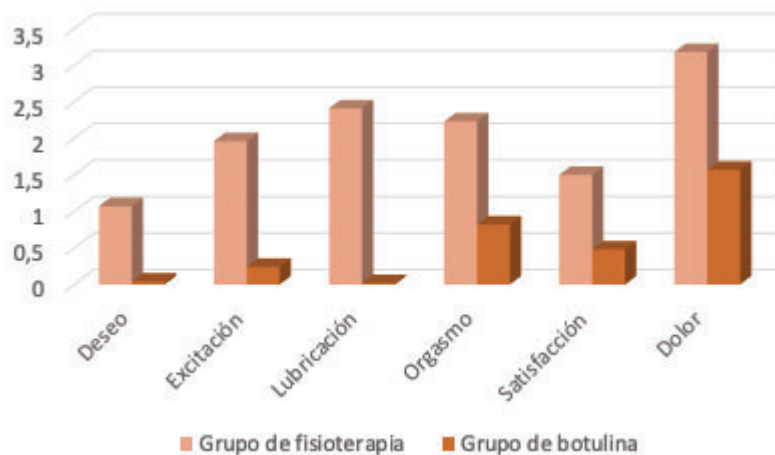


Figura 15: Diferencias entre grupos de fisioterapia y botúlica según FSFI

Por último, es pertinente subrayar los datos en torno al tratamiento fisioterapéutico encontrados en el estudio de las GPCBEs de la revisión 4, que apoyan los resultados presentados previamente. Efectivamente, las 4 GPCBEs que abordan el manejo de las DSF, preconizan la integración del fisioterapeuta al equipo multidisciplinar en la atención sanitaria de las mujeres con DSF (ACOG, 2019; Avasthi et al., 2017; Lamont et al., 2018; Krakowsky & Grober, 2018). Concretamente, la GPCBE de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá recomienda los estiramientos con fin de mejorar la relajación de las estructuras de interés, ejercicios específicos de fuerza y resistencia de la musculatura del suelo pélvico, y el uso de herramientas de terapia física (Lamont et al., 2018). Del mismo modo, la GPCBE de India aborda medidas generales no farmacológicas, como la educación sexual, los ejercicios de relajación y el uso de herramientas de biofeedback (Avasthi et al., 2017). Por fin, la GPCBE de ACOG, 2019, promueve una colaboración entre ginecólogos y fisioterapeutas, ya que defiende que la fisioterapia es una opción de tratamiento para el dolor genito-pélvico y los trastornos de la penetración. En efecto, ayuda a restablecer la función muscular trabajando sobre la relajación de los tejidos pélvicos y teniendo un papel analgésico potente (ACOG, 2019).

7 Discusión

Interpretación de los resultados

La presente revisión permite constatar en los estudios de Cassioli et al., 2020; Castellini et al., 2017; Castellini et al., 2020; Dunkley et al., 2020; Gonidakis et al., 2015 o de Price et al., 2020, que existe una correlación psicopatológica y neurológica significativa entre tener AN/BN y padecer DSF, las pacientes refieren una salud sexual deteriorada durante el proceso de la enfermedad y un porcentaje notable, también tras la recuperación de los TCA.

Sin embargo, se decidió estudiar los límites de la relación entre TCA y DSF en las subpreguntas para evaluar su validez científica, ya que constituye la base científica de este estudio. Entonces, los investigadores consideraron pertinente otorgar una visión objetiva de esta analogía antes de seguir razonando sobre la posible relevancia del tratamiento fisioterapéutico en pacientes padeciendo DSF en una población de mujeres con TCA. De hecho, en la Revisión 2 se puso de manifiesto numerosas debilidades metodológicas y límites severos en cuanto a la extrapolación de los resultados a todo tipo de poblaciones. Así, los sesgos de las herramientas utilizadas para la valoración, la ausencia total de estudios comparativos entre estas diferentes escalas, la homogeneidad de las muestras y la heterogeneidad de la literatura dificultan la afirmación con certeza del enlace entre TCA y DSF. En cambio, independientemente del estudio, de su tipo metodológico, de su enfoque (psicopatológico, neurobiológico) o de sus objetivos, la conclusión sigue siendo la misma: existe una relación imprescindible entre el hecho de padecer un TCA y desencadenar DSF. Tal y como se aconseja en el estudio de Price et al., 2020, las futuras investigaciones deberían incluir una muestra más inclusiva, basada en poblaciones más heterogéneas en cuanto a género, orientación sexual, edad y minorías de pacientes que puedan sufrir TCA para extrapolar los resultados con mayor veracidad científica.

El análisis de las recientes GPBCEs para los TCA ha demostrado que la salud sexual no se tiene en cuenta en absoluto en esta población. Este resultado llama la atención de los científicos sobre la urgente necesidad de proporcionar información científica válida para desarrollar e integrar la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de las DSF en las mujeres padeciendo TCA. Según la OMS, el concepto de salud se define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», y según la misma fuente, el concepto de salud sexual se describe como «un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad». Por lo tanto, cabe destacar que el concepto de salud de manera global y de salud sexual están íntimamente vinculados y que es importante proporcionar recursos terapéuticos a las pacientes con TCA. Además, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativo a la salud (ODS 3) descritos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se propone el acceso universal a los servicios de salud sexual para todos desde aquí a 2030 (meta 3.7). Estos datos destacan la importancia y la necesidad de abarcar en el proceso terapéutico a todas las poblaciones susceptibles de sufrir disfunciones o molestias sexuales, incluyendo las mujeres con TCA.

Asimismo, el estudio de las GPBCEs para las DSF tampoco menciona las poblaciones con TCA o con conductas obsesivo-compulsivas a pesar de los procesos psicológicos o fisiológicos

implicados y precursores de las DSF en relación con los TCA. Como señalan los estudios de Castellini et al., 2020, y Dunkley et al., 2020, a nivel del desarrollo psicopatológico, las DSF y los TCA están estrechamente vinculados entre sí, con factores desencadenantes comunes como la insatisfacción de la imagen corporal, la desregulación emocional, la falta de autoestima y confianza en sí mismo, y la incomodidad al desvestirse, así que la vergüenza corporal. También, como se describe en el DSM-5, la tendencia a la ansiedad y la depresión de los individuos es un criterio significativamente predictivo y particularmente común en los TCA y las DS. Varios estudios destacan las similitudes psicopatológicas, pero otros apoyan un enfoque etiológico más relacionado con factores biológicos, fisiológicos y endocrinos (Cassioli et al., 2020). En efecto, la comunidad científica tendía a asociar los potenciales problemas sexuales de las pacientes con TCA al hecho de padecer amenorrea debida al hipogonadismo secundario causado por la restricción severa de la dieta y la disminución del IMC (Castellini et al., 2017). De hecho, Castellini et al., 2017, en su estudio de seguimiento de tres años en un proceso de convalecencia de AN en mujeres, excluyeron del estudio a las mujeres sin amenorrea, lo que significa que todas las mujeres incluidas al inicio sufrían amenorrea. A lo largo del experimento, descubrieron que, a pesar de la recuperación total del peso de las pacientes con AN, algunas de ellas seguían teniendo una sexualidad deteriorada y otras pacientes que padecían BN, aunque habían dejado sus episodios de atracones, seguían informando de DS. En otro estudio recogido en el artículo de Price et al., 2020, los autores señalan que el 10% de las mujeres totalmente recuperadas seguían teniendo una salud sexual totalmente insatisfactoria y el 15% moderadamente satisfactoria. Además, el estudio de Maier et al., 2019, sigue este mismo camino, afirmando en su ECA que hay persistencia de las DSF en las mujeres totalmente recuperadas, lo que es claramente visible en la actividad neurológica visualizada por resonancia magnética. Entre otros, estudios recientes sobre la posible explicación etiológica de las DSF en pacientes con TCA mediante el proceso fisiológico de la amenorrea, concluyeron a favor de la ausencia de una relación causal significativamente relevante entre la amenorrea y las DSF. Esta conclusión confirma la necesidad de abordar las DSF en pacientes con TCA porque, a pesar de la recuperación de su condición, pueden seguir teniendo una salud sexual deteriorada durante un período de tiempo indeterminado por el cuadro científico, lo que sería interesante investigar.

Del mismo modo, varios estudios han planteado la hipótesis de una posible correlación entre un antecedente de abuso sexual o trauma infantil como predictor principal de padecer una DSF en un paciente con AN/BN, pero ningún estudio ha podido demostrar clínicamente una relación directa significativa entre ambas variables (Cassioli et al., 2020; Castellini et al., 2020; Dunkley et al., 2020; Price et al., 2020).

Además, un grupo de investigadores descubrió que algunas mujeres con AN padecen la sintomatología clínica de vaginismo, dispareunia, amenorrea y disminución de la lubricación. Otro estudio sugiere que el vaginismo en las mujeres con AN podría ser la resultante de la angustia, la ansiedad, la falta de interés, la disminución del deseo sexual y que la dispareunia podría aparecer a raíz de los intentos de penetración en ausencia de la capacidad fisiológica de lubricación. Sin embargo, ningún estudio ha podido demostrar su origen, por lo que la etiología del dolor sexual en las pacientes con AN sigue siendo idiopática (Dunkley et al., 2020).

En este estudio, los investigadores se dieron cuenta que la prolongación de las DSF a pesar de la recuperación de los TCA podría ser la resultante del fenómeno de la carga alostática. Efectivamente, más allá del proceso de homeostasis, el concepto de alostasis permite la adaptación de los sistemas fisiológicos a los agentes físicos, psicosociales y ambientales externos. Es decir, la capacidad de un cuerpo en adaptarse a una situación de estrés perturbando la homeostasis para limitar los daños colaterales. Es un fenómeno normalmente reversible, en cuanto el cuerpo vuelva a su funcionamiento normal, la carga alostática disminuye y las adaptaciones desaparecen. Pero, se ha comprobado que, en los casos de cronificación de un desequilibrio severo durante un largo periodo de tiempo, aunque la situación estresante inicial se haya resuelto, la carga alostática se ha agotado hasta tal punto que no siempre es posible volver al estado basal de adaptaciones. Por lo tanto, el cuerpo permanece en estado de alarma y activación mientras el agente estresante haya desaparecido, lo que puede provocar serios problemas de salud (Lemos, 2015). En este estudio, los investigadores evocan la futura hipótesis de que, este proceso podría ocurrir a la musculatura del suelo pélvico después de estar sometida a tanta carga mecánica como fisiopatológica, debido a los TCA. Explicaría que, debido a la situación de estrés extremo y su duración en el tiempo, la señal de alarma sigue manteniendo la musculatura pélvica hiperactivada, entonces hipertónica, lo que podría explicar los síndromes miofasciales y la presencia de bandas tensas y puntos gatillos en estos pacientes.

Las informaciones precedentes, así como la falta de datos en cuanto a las DSF en pacientes con TCA o sobre la población de TCA en pacientes con DSF en las GPCBEs, así que las numerosas hipótesis en cuanto a su etiología demuestran el vacío científico, diagnóstico y terapéutico en esta área, cuya absoluta necesidad de integrar el concepto de salud sexual en el proceso de tratamiento de las mujeres con TCA. De hecho, como señala el equipo de Price et al., 2020, no existen estudios concretos que evalúen el tratamiento de las DSF en mujeres con TCA, por lo que el presente estudio propone una interesante vía terapéutica para abordar esta necesidad.

En efecto, existe un modelo evolutivo que considera a cada individuo como una entidad biopsicosocial con una interacción compleja y variable de factores físicos, psicológicos y sociales. Este modelo permite comprender y evaluar mejor la complejidad de las DSF. Esta complejidad se refleja en su origen multifactorial que influye en la calidad de vida de las pacientes. La función sexual es muy compleja y depende también de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, así como de experiencias personales, que deben tenerse en cuenta en las intervenciones terapéuticas. Gracias a su enfoque holístico, la fisioterapia puede desempeñar un papel fundamental y contribuir de forma significativa al tratamiento multidisciplinar de la DSF (Berghmans, 2018).

De hecho, los resultados de los artículos utilizados por los investigadores en este estudio apoyan esta opinión y demuestran la mejora claramente significativa de la función sexual en las pacientes con DSF tras el tratamiento de fisioterapia. Específicamente, con la observación de la eficacia superior del tratamiento fisioterapéutico en comparación con las inyecciones de toxina botulínica, una de las principales vías de tratamiento de las DSF actualmente usadas. La fisioterapia promueve la independencia de las mujeres y les ayuda a recuperar las funciones que puedan haber perdido debido al dolor y las incomodidades asociadas a la DS (Berghmans, 2018; Ghaderi et al., 2019; Silva et al., 2017; Torres Levandoski & Furlanetto, 2020; Trahan et al., 2019; Yaraghi et al., 2019).

A pesar de ello, el estudio de Berghmans, 2018, explica claramente que, debido al lento proceso evolutivo de la ciencia, la falta de conocimiento y de capacidad diagnóstica de los médicos respecto a los procesos de sensibilización central y síndromes miofasciales, así como a la heterogeneidad de las herramientas de valoración propias de cada especialidad médica, la fisioterapia sigue estando infravalorada hoy en día en el tratamiento de las DSF. Por lo tanto, es necesario acelerar este proceso de integración de la fisioterapia en el ámbito de salud sexual y específicamente, como se ha analizado anteriormente, en los pacientes con AN y BN debido a su relación intrínseca.

Limitaciones y fuerzas de los resultados

Los resultados del presente estudio presentan los siguientes límites:

- Los que ya se han abordado en la Revisión 2
- Pocas GPCBEs actualizadas en el rango de fechas de 2015-2022
- Pocas son recomendables debido a una baja puntuación AGREE II
- En cuanto a la Revisión 5:
 - Bajo nivel de evidencia del tipo metodológico de revisión de la literatura del estudio de Berghmans, 2018
 - Falta de objetividad de las medidas de fuerza y resistencia muscular en el estudio de Ghaderi et al., 2019
 - No se evalúa la frecuencia de acto sexual antes y después de la intervención en la investigación de Silva et al., 2017
 - El estudio de Torres Levandoski & Furlanetto, 2020 tiene una mala calidad metodológica y un escaso número de estudios revisados e incluidos en el trabajo
 - En el estudio de Trahan et al., 2019, la calidad metodológica es cuestionable, con muestras pequeñas y heterogeneidad en los resultados
 - Ausencia de un grupo control placebo en el estudio de Yaraghi et al., 2019

En cambio, se observan las siguientes fuerzas:

- A pesar de la heterogeneidad de los tipos metodológicos incorporados en el estudio, todos conducen independientemente a las mismas conclusiones
- La inclusión de las GPCBEs de evidencia “1a”, proporciona un alto grado de fiabilidad y certeza científica sobre la información que contienen
- Todos los estudios incluidos son recientes

Limitaciones y fuerzas del propio estudio

Los límites del presente estudio son los siguientes:

- El propio tipo metodológico exploratorio de RSA elegido: nivel de evidencia “4b”
- Selección de 2 artículos con el mismo autor principal en la Revisión 1
- Los artículos escogidos en la Revisión 5 son específicos para la dispareunia, el vaginismo y el dolor pélvico, lo que podría impedir una extrapolación óptima de los resultados a las DSF en

general. Pero al valorar todas las DS con el FSFI, permite abarcar una información óptima para la mayoría de los trastornos sexuales.

En cuanto a las fortalezas de este estudio:

- La elección del tipo metodológico es también una fuerza por su reciente aparición, porque existen numerosas actualizaciones y estudios que evalúan esta nueva categoría de revisión (Peters et al., 2020)
- Además, permite abordar una literatura compleja y relativamente heterogénea, lo que otorga un abordaje del tema estudiado según diferentes perspectivas
- El carácter novedoso del tema estudiado: permite hacer un balance de la situación actual en torno a la consideración de la salud sexual en el asesoramiento de las mujeres con TCA y proponer una vía de tratamiento efectiva en una población sin enfermedad previa, para extender el alcance de la práctica fisioterapéutica en un nuevo perfil de pacientes.

Implicación de los resultados

Este estudio pone de manifiesto la falta de conocimiento científico en torno a las DSF en mujeres con AN y BN, así que, la necesidad de integrar el concepto de salud sexual en esta población específica en los estudios futuros y en la práctica clínica. Además, este estudio apoya la importancia de iniciar estudios piloto y ECAs sobre la eficacia del tratamiento fisioterapéutico para el asesoramiento clínico de las DSF en pacientes con TCA. El objetivo a largo plazo es integrar a los fisioterapeutas en el equipo multidisciplinar encargado de salud sexual de las mujeres con TCA. Además, sería interesante y necesario estudiar una escala de valoración diagnóstica integral y común a todos los profesionales sanitarios para las DSF, tomando en cuenta todos los factores biopsicosociales (fisiológicos, psicológicos, físicos y socioculturales). Esto permitiría una atención óptima, identificando las necesidades del paciente en cada momento para derivarlo al profesional sanitario más habilitado, con la meta de realizar un trabajo multidisciplinar eficaz. Además, parece esencial proponer una versión ampliada de la escala de cuantificación FSFI utilizada en la mayoría de los estudios que tratan de las DSF, con el fin de reducir su riesgo de sesgo. En efecto, sería relevante que tome en cuenta los pacientes que no tuvieron relaciones sexuales en las últimas 4 semanas antes de la valoración, así que, la angustia sexual. Además, para permitir una extrapolación óptima de los datos a la población general de pacientes con TCA, es necesario aumentar el tamaño de las muestras y contar con una representación más heteróclita en cuanto a la etnia, el sexo (integrar los hombres) y la orientación sexual. También, la dificultad para encontrar GPCBEs recientemente actualizadas sobre el manejo de los TCA y también de las DSF, muestra la infravaloración general y la falta de conocimiento de estas patologías en la medicina. Entonces, a raíz de este estudio, se preconiza reunir consensos de experto con el fin de actualizar las antiguas GPCBEs o desarrollar nuevas pautas de prácticas clínicas. Más allá, este trabajo resalta una hipótesis con respecto al fenómeno de carga alostática que podría explicar la etiología de la persistencia de la sintomatología de las DSF a lo largo del tiempo, a pesar de la recuperación total de la AN o de la BN. Por lo tanto, como hipótesis, sería interesante investigar este tema para comprender mejor las DSF en esta población y poder remediar estos trastornos con mayor eficacia.

8 Conclusión

En conclusión, la fisioterapia uroginecológica puede ser una herramienta imprescindible en la estrategia de tratamiento multidisciplinar en las DS en mujeres con AN y BN. Efectivamente, a lo largo de este estudio, se encontró que la AN y la BN se asociaron de forma significativa e independiente con las DSF. Además, este estudio afirma que la fisioterapia puede tener una importancia imprescindible en el tratamiento de las DSF en pacientes con AN y BN. Por consiguiente, de un lado, es necesario plantearse la integración de la salud sexual en la estrategia terapéutica de atención sanitaria otorgada a las mujeres padeciendo TCA. Así que, por otro lado, integrar a los fisioterapeutas en el equipo multidisciplinar para mejorar su condición en la intimidad.

Sin embargo, dado que la fisioterapia sigue siendo un recurso relativamente poco explotado, se justifica la realización de más estudios de alta calidad sobre diferentes modalidades y protocolos de fisioterapia para determinar los efectos a largo plazo en el plan de tratamiento de la DSF en la población de mujeres con TCA.

9 Bibliografía

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPEd. Capítulo*.
- Agree, C. (2009). *INSTRUMENTO AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica*.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*.
- Anderson, S., Allen, P., Peckham, S., & Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems, 6*(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-6-7>
- Areskoug-Josefsson, K., & Gard, G. (2015). Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiotherapy Theory and Practice, 31*(6), 390-395. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1023876>
- Arnouk, A., De, E., Rehfuss, A., Cappadocia, C., Dickson, S., & Lian, F. (2017). Physical, complementary, and alternative medicine in the treatment of pelvic floor disorders. *Current Urology Reports, 18*(6), 47. <https://doi.org/10.1007/s11934-017-0694-7>
- Aslan, M., Yavuzkır, Ş., & Baykara, S. (2020). Is «dilator use» more effective than «finger use» in exposure therapy in vaginismus treatment? *Journal of Sex & Marital Therapy, 46*(4), 354-360. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1716907>
- Avasthi, A., Grover, S., & Sathyanarayana Rao, T. S. (2017). Clinical practice guidelines for management of sexual dysfunction. *Indian Journal of Psychiatry, 59*(Suppl 1), S91-S115. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196977>
- Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International Urogynecology Journal, 29*(5), 631-638. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>

- Brouwers, M. C., Kerkvliet, K., Spithoff, K., & AGREE Next Steps Consortium. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 352, i1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
- Cassoli, E., Rossi, E., Castellini, G., Sensi, C., Mancini, M., Lelli, L., Monteleone, A. M., Ricca, V., & Stanghellini, G. (2020). Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 25(6), 1671-1680. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00805-6>
- Castellini, G., Lelli, L., Corsi, E., Campone, B., Ciampi, E., Fisher, A. D., Mallardo, L., Monteleone, A. M., Rotella, F., Tofani, T., Vignozzi, L., Zamponi, F., Maggi, M., & Ricca, V. (2017). Role of sexuality in the outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A 3-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(6), 376-378. <https://doi.org/10.1159/000477176>
- Castellini, G., Rossi, E., & Ricca, V. (2020). The relationship between eating disorder psychopathology and sexuality: etiological factors and implications for treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 554-561. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000646>
- Chao, C. W. (2013). *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología* (2.^a ed.). Elsevier Masson.
- Cumella, E. J. (2006). Review of the eating disorder inventory–3. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 116-117. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_11
- De La Hoz, F. J. E. (2016). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Revista Ciencias Biomédicas*, 7(1), 25-33.
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <https://doi.org/10.1080/00926230290001448>
- Desa, U. N. (2016). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.

Drake, R., Vogl, A. W., & Mitchell, A. (2019). *Gray's anatomy for students E-book* (4.^a ed.). Elsevier.

Dunkley, C. R., Gorzalka, B. B., & Brotto, L. A. (2020). Associations between sexual function and disordered eating among undergraduate women: An emphasis on sexual pain and distress. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *46*(1), 18-34.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1626307>

Eickmeyer, S. M. (2017). Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, *28*(3), 455-460.
<https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.003>

Fakhri, A., Pakpour, A. H., Burri, A., Morshedi, H., & Zeidi, I. M. (2012). The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(2), 514-523. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02553.x>

Female sexual dysfunction: ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists, number 213. (2019). *Obstetrics and Gynecology*, *134*(1), e1-e18.
<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003324>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *109*(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, *30*(11), 1849-1855. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>

Gómez Candela, C., Palma Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., Campos Del Portillo, R., Virgili Casas, M. ^a. N., Martínez Olmos, M. Á., Mories Álvarez, M. ^a. T., Castro Alija, M. ^a. J., & Martín-Palmero, Á. (2018). *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, *35*(Spec1), 1-9. <https://doi.org/10.20960/nh.1745>

Gonidakis, F., Kravvariti, V., & Varsou, E. (2015). Sexual function of women suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(4), 368-378.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.915904>

Guía de consulta de Los criterios diagnósticos del dsm-5(r): Spanish edition of the desk reference to the diagnostic criteria from dsm-5(r). (2014). American Psychiatric Publishing.

Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46-52.

Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>

Hill, D. A., & Taylor, C. A. (2021). Dyspareunia in women. *American Family Physician*, 103(10), 597-604.

Kershaw, V., & Jha, S. (s. f.). *Female sexual dysfunction. The Obstetrician & Gynaecologist.*

Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., & Parker, D. (2016). An evidence-based approach to scoping reviews: EBP approach to scoping reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(2), 118-123. <https://doi.org/10.1111/wvn.12144>

Krakowsky, Y., & Grober, E. D. (2018). A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *Journal de l'Association des urologues du Canada [Canadian Urological Association journal]*, 12(6), 211-216. <https://doi.org/10.5489/cuaj.4907>

La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. (s. f.). Who.int.

Recuperado 3 de mayo de 2022, de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Lamont, J., Bajzak, K., Bouchard, C., Burnett, M., Byers, S., Cohen, T., & Senikas. (2018). No. 279- female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(6), e451-e503.

- Langley, G. B., & Sheppard, H. (1985). The visual analogue scale: its use in pain measurement. *Rheumatology International*, 5(4), 145-148. <https://doi.org/10.1007/bf00541514>
- Lemos, M. (2015). La teoría de la alóstatís como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de psicología*, 31(2), 452. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>
- Levandoski, N. T., & Furlanetto, M. P. (2020). Physiotherapeutic resources in vaginismus. *Fisioterapia Brasil*, 21(5), 525-534. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i5.4285>
- Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R. D., Moseley, A. M., & Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy*, 83(8), 713-721. <https://doi.org/10.1093/ptj/83.8.713>
- Maier, S., Spiegelberg, J., van Zutphen, L., Zeeck, A., Tebartz van Elst, L., Hartmann, A., Holovics, L., Reinert, E., Sandholz, A., Lahmann, C., Domschke, K., Glauche, V., Tüscher, O., & Joos, A. A. B. (2019). Neurobiological signature of intimacy in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 27(3), 315-322. <https://doi.org/10.1002/erv.2663>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Lewis, R., & Segraves, R. T. (2016). Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019>
- McEvoy, M., McElvaney, R., & Glover, R. (2021). Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy: Journal of the British Association for Sexual and Relationship Therapy*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2007233>
- Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J. J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. *Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*, 29, 59-72. <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1568>

- Melzack, R. (2005). The McGill pain questionnaire: from description to measurement. *Anesthesiology*, 103(1), 199-202. <https://doi.org/10.1097/00000542-200507000-00028>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Open Medicine: A Peer-Reviewed, Independent, Open-Access Journal*, 3(3), e123-30.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment. OCEBM levels of evidence*. (2020, junio 2). Ox.Ac.Uk.
<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>
Overview | *Eating disorders: recognition and treatment* | Guidance | NICE. (s. f.).
Recuperado 1 de mayo de 2022, de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790-799.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pallot, A., & Rostagno, S. (2021). Newcastle-Ottawa Scale : traduction française de l'échelle de qualité méthodologique pour les études de cohorte. *Kinésithérapie la revue*, 21(235), 3-4.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.12.046>
- Pérez, C., & Rico, R. (2007). Cómo evaluar una guía de práctica clínica. En *Guías clínicas*.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. En *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Price, T., Zebitz, M., Giraldi, A., Lokind, T. S., Treasure, J., & Sjögren, J. M. (2020). Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa: A systematic scoping review. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1377-1399. <https://doi.org/10.1002/eat.23299>

- Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., & Zeeck, A. (2019). Treatment of anorexia nervosa—new evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 153. <https://doi.org/10.3390/jcm8020153>
- Rodríguez-Davila, N., & Soto-González, M. (2017). El papel de la Fisioterapia en los trastornos de la conducta alimentaria, una revisión sistemática. *Fisioterapia (Madrid. Ed. impresa)*, 39(6), 257-268. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.07.001>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkers, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., van Elburg, A., ... Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet. Psychiatry*, 3(4), 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
- Silva, A., Montenegro, M., Gurian, M., Mitidieri, A., Lara, L., Poli-Neto, O., & Rosa e Silva, J. (2017). Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 39(01), 26-30. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597651>
- Stein, A., Sauder, S. K., & Reale, J. (2019). The role of physical therapy in sexual health in men and women: Evaluation and treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.09.003>
- Tolosa-Sola, I., Gunnard, K., Giménez Muniesa, C., Casals, L., Grau, A., & Farré, J. M. (2019). Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Which factors interfere with sexuality in women with eating disorders? *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1526-1535. <https://doi.org/10.1177/1359105317695425>

- Torres Levandoski, N., & Furlanetto, M. P. (2020). Physiotherapeutic resources in vaginismus. *Fisioterapia Brasil*, 5.
- Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M., & Figuers, C. (2019). The efficacy of manual therapy for treatment of dyspareunia in females: A systematic review: A systematic review. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28-35.
<https://doi.org/10.1097/jwh.0000000000000117>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clinica*, 135(11), 507-511.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515-524.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Vicente-Neira, A., Prieto-Gómez, V., Navarro-Brazález, B., Lirio-Romero, C., Bailón-Cerezo, J., & Torres-Lacomba, M. (2022). Online information on painful sexual dysfunction in women: Quality analysis of websites in SPANISH about dyspareunia, vaginismus and vulvodinia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1506.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031506>
- Walker, C. (2013). *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología*. Elsevier Masson.
- Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 31(6), 485-493.
<https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>

Wells, G. A., Shea, B., O'connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2000). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.*

WHO: *Global database on body mass index.* (s. f.). Who.int. Recuperado 24 de febrero de 2022, de https://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_1.html

Yaraghi, M., Ghazizadeh, S., Mohammadi, F., Ashtiani, E. M., Bakhtiyari, M., Mareshi, S. M., Sarfjoo, F. S., & Eftekhari, T. (2019). Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1821-1828. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3836-7>

Zarski, A.-C., Berking, M., Fackiner, C., Rosenau, C., & Ebert, D. D. (2017). Internet-based guided self-help for vaginal penetration difficulties: Results of a randomized controlled pilot trial. *The journal of sexual medicine*, 14(2), 238-254. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.232>

10 Anexos

Anexo 1: Cassioli et al., 2020

PA Modesti et al.
Panethnic differences in blood pressure in europe: a systematic review and meta-analysis.
S1 Text

S1 Text

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE (adapted for cross sectional studies)

Selection: (Maximum 5 stars)

- 1) Representativeness of the sample:
 - * a) Truly representative of the average in the target population. * (all subjects or random sampling)
 - b) Somewhat representative of the average in the target population. * (non-random sampling)
 - c) Selected group of users.
 - d) No description of the sampling strategy.
- 2) Sample size:
 - * a) Justified and satisfactory. *
 - b) Not justified.
- 3) Non-respondents:
 - * a) Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory. *
 - b) The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory.
 - c) No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders.
- 4) Ascertainment of the exposure (risk factor):
 - ** a) Validated measurement tool. **
 - b) Non-validated measurement tool, but the tool is available or described.*
 - c) No description of the measurement tool.

Comparability: (Maximum 2 stars)

- 1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. Confounding factors are controlled.
 - * a) The study controls for the most important factor (select one). *
 - * b) The study control for any additional factor. *

Outcome: (Maximum 3 stars)

- 1) Assessment of the outcome:
 - a) Independent blind assessment. **
 - ** b) Record linkage. **
 - c) Self report. *
 - d) No description.
- 2) Statistical test:
 - * a) The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value). *
 - b) The statistical test is not appropriate, not described or incomplete.

Anexo 2: Castellini et al., 2017

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE COHORT STUDIES

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Outcome categories. A maximum of two stars can be given for Comparability

Selection

- 1) Representativeness of the exposed cohort
 - * a) truly representative of the average p.1 (describe) in the community *
 - b) somewhat representative of the average _____ in the community *
 - c) selected group of users eg nurses, volunteers
 - d) no description of the derivation of the cohort
- 2) Selection of the non exposed cohort
 - a) drawn from the same community as the exposed cohort *
 - b) drawn from a different source
 - c) no description of the derivation of the non exposed cohort
- 3) Ascertainment of exposure
 - * a) secure record (eg surgical records) *
 - b) structured interview *
 - c) written self report
 - d) no description
- 4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study
 - * a) yes *
 - b) no

Comparability

- 1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis
 - * a) study controls for p.2 (select the most important factor) *
 - b) study controls for any additional factor * (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Outcome

- 1) Assessment of outcome
 - a) independent blind assessment *
 - * b) record linkage *
 - c) self report
 - d) no description
- 2) Was follow-up long enough for outcomes to occur
 - * a) yes (select an adequate follow up period for outcome of interest) *
 - b) no
- 3) Adequacy of follow up of cohorts
 - a) complete follow up - all subjects accounted for *
 - * b) subjects lost to follow up unlikely to introduce bias - small number lost - > **41,58** % (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost) *
 - c) follow up rate < ____ % (select an adequate %) and no description of those lost
 - d) no statement



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist Item	Location where item is reported
TITLE			
Title	X 1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist. 2/10	
INTRODUCTION			
Rationale	● 3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	p.1-2
Objectives	● 4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	p.1-2
METHODS			
Eligibility criteria	● 5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	p.2
Information sources	● 6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	p.2
Search strategy	● 7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	p.2
Selection process	X 8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	X 9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items			
	X 10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	X 10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	X 11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	X 12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods			
	● 13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	p.2
	X 13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	● 13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	p.2
	X 13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	X 13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	X 13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	X 14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	X 15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	

Anexo 3: Castellini et al., 2020



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	p.2
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	p.3
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	p.4-5
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	p.6
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	p.1
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	p.7
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	p.7
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



PRISMA 2020 for Abstracts Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	X
BACKGROUND			
Objectives	2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	●
METHODS			
Eligibility criteria	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	X
Information sources	4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	X
Risk of bias	5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	X
Synthesis of results	6	Specify the methods used to present and synthesise results.	X
RESULTS			
Included studies	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	X
Synthesis of results	8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	●
DISCUSSION			
Limitations of evidence	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	X
Interpretation	10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	X
OTHER			
Funding	11	Specify the primary source of funding for the review.	X
Registration	12	Provide the register name and registration number.	X

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 4: Dunkley et al., 2020

PA Modesti et al.
Panethnic differences in blood pressure in europe: a systematic review and meta-analysis.
S1 Text

S1 Text

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE (adapted for cross sectional studies)

Selection: (Maximum 5 stars)

1) Representativeness of the sample:

- * a) Truly representative of the average in the target population. * (all subjects or random sampling)
- b) Somewhat representative of the average in the target population. * (non-random sampling)
- c) Selected group of users.
- d) No description of the sampling strategy.

2) Sample size:

- * a) Justified and satisfactory. *
- b) Not justified.

3) Non-respondents:

- * a) Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory. *
- b) The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory.
- c) No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders.

4) Ascertainment of the exposure (risk factor):

- * a) Validated measurement tool. **
- b) Non-validated measurement tool, but the tool is available or described.*
- c) No description of the measurement tool.

Comparability: (Maximum 2 stars)

1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. Confounding factors are controlled.

- * a) The study controls for the most important factor (select one). *
- * b) The study control for any additional factor. *

Outcome: (Maximum 3 stars)

1) Assessment of the outcome:

- a) Independent blind assessment. **
- ** b) Record linkage. **
- c) Self report. *
- d) No description.

2) Statistical test:

- * a) The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value). *
- b) The statistical test is not appropriate, not described or incomplete.

Anexo 5: Gonidakis et al., 2015

PA Modesti et al.
Panethnic differences in blood pressure in europe: a systematic review and meta-analysis.
S1 Text

S1 Text

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE (adapted for cross sectional studies)

Selection: (Maximum 5 stars)

- 1) Representativeness of the sample:
 - a) Truly representative of the average in the target population. * (all subjects or random sampling)
 - * b) Somewhat representative of the average in the target population. * (non-random sampling)
 - c) Selected group of users.
 - d) No description of the sampling strategy.
- 2) Sample size:
 - * a) Justified and satisfactory. *
 - b) Not justified.
- 3) Non-respondents:
 - a) Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory. *
 - b) The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory.
 - c) No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders.
- 4) Ascertainment of the exposure (risk factor):
 - ** a) Validated measurement tool. **
 - b) Non-validated measurement tool, but the tool is available or described.*
 - c) No description of the measurement tool.

Comparability: (Maximum 2 stars)

- 1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. Confounding factors are controlled.
 - * a) The study controls for the most important factor (select one). *
 - * b) The study control for any additional factor. *

Outcome: (Maximum 3 stars)

- 1) Assessment of the outcome:
 - a) Independent blind assessment. **
 - ** b) Record linkage. **
 - c) Self report. *
 - d) No description.
- 2) Statistical test:
 - * a) The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value). *
 - b) The statistical test is not appropriate, not described or incomplete.

Anexo 6: Price et al., 2020



PRISMA 2020 Checklist

X

Section and Topic	Item #	Checklist Item	Location where Item is reported
TITLE	1	Identify the report as a systematic review.	p.1
ABSTRACT	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	8/12
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	p.2-3
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	p.3
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	p.3
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	p.3
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	p.3-4
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.4
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.4
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	p.4
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	p.4-5
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.5
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	p.5
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	p.5
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	p.5
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	p.5
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	p.5
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	p.5
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	p.5
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	p.5
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	● 16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	p.5
	● 16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	p.5
Study characteristics	● 17	Cite each included study and present its characteristics.	p.5-18
Risk of bias in studies	● 18	Present assessments of risk of bias for each included study.	p.15
Results of individual studies	● 19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	p.6-14
Results of syntheses	● 20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	p.6-14
	● 20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	p.6-14
	● 20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	p.5-18
	✗ 20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	● 21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	p.15
Certainty of evidence	✗ 22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	● 23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	p.18-20
	● 23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	p.18-20
	● 23c	Discuss any limitations of the review processes used.	p.18-20
	● 23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	p.18-20
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	● 24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	p.1 y 3
	✗ 24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
Support	● 24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	p.22
	● 25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	p.20
Competing interests	● 26	Declare any competing interests of review authors.	p.20
Availability of data, code and other materials	✗ 27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



PRISMA 2020 for Abstracts Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE	1	Identify the report as a systematic review.	●
BACKGROUND	2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	●
METHODS	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	●
Eligibility criteria	4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	●
Risk of bias	5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	✗
Synthesis of results	6	Specify the methods used to present and synthesise results.	✗
RESULTS	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	●
Synthesis of results	8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	●
DISCUSSION	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	●
Limitations of evidence	10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	●
OTHER	11	Specify the primary source of funding for the review.	✗
Funding	12	Provide the register name and registration number.	✗

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 7: Berghmans, 2018



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist Item	Location where item is reported
TITLE			
Title	X 1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist. 3/12	p.1
INTRODUCTION			
Rationale	● 3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	p.1,2
Objectives	● 4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	p.2
METHODS			
Eligibility criteria	X 5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	X 6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	X 7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	X 8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	X 9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	X 10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	X 10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	X 11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	X 12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	X 13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (Item #5)).	
	X 13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	X 13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	X 13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	X 13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	X 13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	X 14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	X 15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	p.2
	X16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	p. 3-6
	X 18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Risk of bias in studies	X 19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
	X20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
Results of syntheses	X20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	X20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
Reporting biases	X20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
	X 21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	X 22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
	DISCUSSION		
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	p. 3-6
	X 23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	X 23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	X 23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	p. 1
	X 24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	X 24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
	X 25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	p.7
	X 27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



PRISMA 2020 for Abstracts Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE			
Title	X 1	Identify the report as a systematic review.	
BACKGROUND			
Objectives	X 2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	● 3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	p.1
Information sources	X 4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	
Risk of bias	X 5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	
Synthesis of results	X 6	Specify the methods used to present and synthesise results.	
RESULTS			
Included studies	X 7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	p.1
Synthesis of results	● 8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	
DISCUSSION			
Limitations of evidence	X 9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	
Interpretation	● 10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	p.1
OTHER			
Funding	X 11	Specify the primary source of funding for the review.	
Registration	X 12	Provide the register name and registration number.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 8: Ghaderi et al., 2019

PEDro scale

1. eligibility criteria were specified	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2
2. subjects were randomly allocated to groups (in a crossover study, subjects were randomly allocated an order in which treatments were received)	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2
3. allocation was concealed	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2
4. the groups were similar at baseline regarding the most important prognostic indicators	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.4
5. there was blinding of all subjects	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where: p.2
6. there was blinding of all therapists who administered the therapy	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where: p.2
7. there was blinding of all assessors who measured at least one key outcome	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2
8. measures of at least one key outcome were obtained from more than 85% of the subjects initially allocated to groups	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.5
9. all subjects for whom outcome measures were available received the treatment or control condition as allocated or, where this was not the case, data for at least one key outcome was analysed by "intention to treat"	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.5
10. the results of between-group statistical comparisons are reported for at least one key outcome	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.5-6
11. the study provides both point measures and measures of variability for at least one key outcome	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.5-6

The PEDro scale is based on the Delphi list developed by Verhagen and colleagues at the Department of Epidemiology, University of Maastricht (*Verhagen AP et al (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51(12):1235-41*). The list is based on "expert consensus" not, for the most part, on empirical data. Two additional items not on the Delphi list (PEDro scale items 8 and 10) have been included in the PEDro scale. As more empirical data comes to hand it may become possible to "weight" scale items so that the PEDro score reflects the importance of individual scale items.

The purpose of the PEDro scale is to help the users of the PEDro database rapidly identify which of the known or suspected randomised clinical trials (ie RCTs or CCTs) archived on the PEDro database are likely to be internally valid (criteria 2-9), and could have sufficient statistical information to make their results interpretable (criteria 10-11). An additional criterion (criterion 1) that relates to the external validity (or "generalisability" or "applicability" of the trial) has been retained so that the Delphi list is complete, but this criterion will not be used to calculate the PEDro score reported on the PEDro web site.

The PEDro scale should not be used as a measure of the "validity" of a study's conclusions. In particular, we caution users of the PEDro scale that studies which show significant treatment effects and which score highly on the PEDro scale do not necessarily provide evidence that the treatment is clinically useful. Additional considerations include whether the treatment effect was big enough to be clinically worthwhile, whether the positive effects of the treatment outweigh its negative effects, and the cost-effectiveness of the treatment. The scale should not be used to compare the "quality" of trials performed in different areas of therapy, primarily because it is not possible to satisfy all scale items in some areas of physiotherapy practice.

Notes on administration of the PEDro scale:

- All criteria **Points are only awarded when a criterion is clearly satisfied.** If on a literal reading of the trial report it is possible that a criterion was not satisfied, a point should not be awarded for that criterion.
- Criterion 1 This criterion is satisfied if the report describes the source of subjects and a list of criteria used to determine who was eligible to participate in the study.
- Criterion 2 A study is considered to have used random allocation if the report states that allocation was random. The precise method of randomisation need not be specified. Procedures such as coin-tossing and dice-rolling should be considered random. Quasi-randomisation allocation procedures such as allocation by hospital record number or birth date, or alternation, do not satisfy this criterion.
- Criterion 3 *Concealed allocation* means that the person who determined if a subject was eligible for inclusion in the trial was unaware, when this decision was made, of which group the subject would be allocated to. A point is awarded for this criteria, even if it is not stated that allocation was concealed, when the report states that allocation was by sealed opaque envelopes or that allocation involved contacting the holder of the allocation schedule who was “off-site”.
- Criterion 4 At a minimum, in studies of therapeutic interventions, the report must describe at least one measure of the severity of the condition being treated and at least one (different) key outcome measure at baseline. The rater must be satisfied that the groups’ outcomes would not be expected to differ, on the basis of baseline differences in prognostic variables alone, by a clinically significant amount. This criterion is satisfied even if only baseline data of study completers are presented.
- Criteria 4, 7-11 *Key outcomes* are those outcomes which provide the primary measure of the effectiveness (or lack of effectiveness) of the therapy. In most studies, more than one variable is used as an outcome measure.
- Criterion 5-7 *Blinding* means the person in question (subject, therapist or assessor) did not know which group the subject had been allocated to. In addition, subjects and therapists are only considered to be “blind” if it could be expected that they would have been unable to distinguish between the treatments applied to different groups. In trials in which key outcomes are self-reported (eg, visual analogue scale, pain diary), the assessor is considered to be blind if the subject was blind.
- Criterion 8 This criterion is only satisfied if the report explicitly states *both* the number of subjects initially allocated to groups *and* the number of subjects from whom key outcome measures were obtained. In trials in which outcomes are measured at several points in time, a key outcome must have been measured in more than 85% of subjects at one of those points in time.
- Criterion 9 An *intention to treat* analysis means that, where subjects did not receive treatment (or the control condition) as allocated, and where measures of outcomes were available, the analysis was performed as if subjects received the treatment (or control condition) they were allocated to. This criterion is satisfied, even if there is no mention of analysis by intention to treat, if the report explicitly states that all subjects received treatment or control conditions as allocated.
- Criterion 10 A *between-group* statistical comparison involves statistical comparison of one group with another. Depending on the design of the study, this may involve comparison of two or more treatments, or comparison of treatment with a control condition. The analysis may be a simple comparison of outcomes measured after the treatment was administered, or a comparison of the change in one group with the change in another (when a factorial analysis of variance has been used to analyse the data, the latter is often reported as a group \times time interaction). The comparison may be in the form hypothesis testing (which provides a “p” value, describing the probability that the groups differed only by chance) or in the form of an estimate (for example, the mean or median difference, or a difference in proportions, or number needed to treat, or a relative risk or hazard ratio) and its confidence interval.
- Criterion 11 A *point measure* is a measure of the size of the treatment effect. The treatment effect may be described as a difference in group outcomes, or as the outcome in (each of) all groups. *Measures of variability* include standard deviations, standard errors, confidence intervals, interquartile ranges (or other quantile ranges), and ranges. Point measures and/or measures of variability may be provided graphically (for example, SDs may be given as error bars in a Figure) as long as it is clear what is being graphed (for example, as long as it is clear whether error bars represent SDs or SEs). Where outcomes are categorical, this criterion is considered to have been met if the number of subjects in each category is given for each group.

Anexo 9: Silva et al., 2017

PEDro scale

1. eligibility criteria were specified	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.27
2. subjects were randomly allocated to groups (in a crossover study, subjects were randomly allocated an order in which treatments were received)	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
3. allocation was concealed	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
4. the groups were similar at baseline regarding the most important prognostic indicators	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.28
5. there was blinding of all subjects	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.28
6. there was blinding of all therapists who administered the therapy	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
7. there was blinding of all assessors who measured at least one key outcome	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
8. measures of at least one key outcome were obtained from more than 85% of the subjects initially allocated to groups	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.29
9. all subjects for whom outcome measures were available received the treatment or control condition as allocated or, where this was not the case, data for at least one key outcome was analysed by "intention to treat"	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.29-30
10. the results of between-group statistical comparisons are reported for at least one key outcome	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.29
11. the study provides both point measures and measures of variability for at least one key outcome	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.29

The PEDro scale is based on the Delphi list developed by Verhagen and colleagues at the Department of Epidemiology, University of Maastricht (*Verhagen AP et al (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51(12):1235-41*). The list is based on "expert consensus" not, for the most part, on empirical data. Two additional items not on the Delphi list (PEDro scale items 8 and 10) have been included in the PEDro scale. As more empirical data comes to hand it may become possible to "weight" scale items so that the PEDro score reflects the importance of individual scale items.

The purpose of the PEDro scale is to help the users of the PEDro database rapidly identify which of the known or suspected randomised clinical trials (ie RCTs or CCTs) archived on the PEDro database are likely to be internally valid (criteria 2-9), and could have sufficient statistical information to make their results interpretable (criteria 10-11). An additional criterion (criterion 1) that relates to the external validity (or "generalisability" or "applicability" of the trial) has been retained so that the Delphi list is complete, but this criterion will not be used to calculate the PEDro score reported on the PEDro web site.

The PEDro scale should not be used as a measure of the "validity" of a study's conclusions. In particular, we caution users of the PEDro scale that studies which show significant treatment effects and which score highly on the PEDro scale do not necessarily provide evidence that the treatment is clinically useful. Additional considerations include whether the treatment effect was big enough to be clinically worthwhile, whether the positive effects of the treatment outweigh its negative effects, and the cost-effectiveness of the treatment. The scale should not be used to compare the "quality" of trials performed in different areas of therapy, primarily because it is not possible to satisfy all scale items in some areas of physiotherapy practice.

Notes on administration of the PEDro scale:

- All criteria **Points are only awarded when a criterion is clearly satisfied.** If on a literal reading of the trial report it is possible that a criterion was not satisfied, a point should not be awarded for that criterion.
- Criterion 1 This criterion is satisfied if the report describes the source of subjects and a list of criteria used to determine who was eligible to participate in the study.
- Criterion 2 A study is considered to have used random allocation if the report states that allocation was random. The precise method of randomisation need not be specified. Procedures such as coin-tossing and dice-rolling should be considered random. Quasi-randomisation allocation procedures such as allocation by hospital record number or birth date, or alternation, do not satisfy this criterion.
- Criterion 3 *Concealed allocation* means that the person who determined if a subject was eligible for inclusion in the trial was unaware, when this decision was made, of which group the subject would be allocated to. A point is awarded for this criteria, even if it is not stated that allocation was concealed, when the report states that allocation was by sealed opaque envelopes or that allocation involved contacting the holder of the allocation schedule who was “off-site”.
- Criterion 4 At a minimum, in studies of therapeutic interventions, the report must describe at least one measure of the severity of the condition being treated and at least one (different) key outcome measure at baseline. The rater must be satisfied that the groups’ outcomes would not be expected to differ, on the basis of baseline differences in prognostic variables alone, by a clinically significant amount. This criterion is satisfied even if only baseline data of study completers are presented.
- Criteria 4, 7-11 *Key outcomes* are those outcomes which provide the primary measure of the effectiveness (or lack of effectiveness) of the therapy. In most studies, more than one variable is used as an outcome measure.
- Criterion 5-7 *Blinding* means the person in question (subject, therapist or assessor) did not know which group the subject had been allocated to. In addition, subjects and therapists are only considered to be “blind” if it could be expected that they would have been unable to distinguish between the treatments applied to different groups. In trials in which key outcomes are self-reported (eg, visual analogue scale, pain diary), the assessor is considered to be blind if the subject was blind.
- Criterion 8 This criterion is only satisfied if the report explicitly states *both* the number of subjects initially allocated to groups *and* the number of subjects from whom key outcome measures were obtained. In trials in which outcomes are measured at several points in time, a key outcome must have been measured in more than 85% of subjects at one of those points in time.
- Criterion 9 An *intention to treat* analysis means that, where subjects did not receive treatment (or the control condition) as allocated, and where measures of outcomes were available, the analysis was performed as if subjects received the treatment (or control condition) they were allocated to. This criterion is satisfied, even if there is no mention of analysis by intention to treat, if the report explicitly states that all subjects received treatment or control conditions as allocated.
- Criterion 10 A *between-group* statistical comparison involves statistical comparison of one group with another. Depending on the design of the study, this may involve comparison of two or more treatments, or comparison of treatment with a control condition. The analysis may be a simple comparison of outcomes measured after the treatment was administered, or a comparison of the change in one group with the change in another (when a factorial analysis of variance has been used to analyse the data, the latter is often reported as a group \times time interaction). The comparison may be in the form hypothesis testing (which provides a “p” value, describing the probability that the groups differed only by chance) or in the form of an estimate (for example, the mean or median difference, or a difference in proportions, or number needed to treat, or a relative risk or hazard ratio) and its confidence interval.
- Criterion 11 A *point measure* is a measure of the size of the treatment effect. The treatment effect may be described as a difference in group outcomes, or as the outcome in (each of) all groups. *Measures of variability* include standard deviations, standard errors, confidence intervals, interquartile ranges (or other quantile ranges), and ranges. Point measures and/or measures of variability may be provided graphically (for example, SDs may be given as error bars in a Figure) as long as it is clear what is being graphed (for example, as long as it is clear whether error bars represent SDs or SEs). Where outcomes are categorical, this criterion is considered to have been met if the number of subjects in each category is given for each group.

Anexo 10: Torres Levandoski et Furlanetto, 2020



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist Item	Location where Item is reported
TITLE			
Title	X 1	Identify the report as a systematic review.	p.1
ABSTRACT			
Abstract	3/12	2 See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	p.1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	p.2
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	p.2
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	p.2-3
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	p.2-3
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	p.2-3
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.2-3
Data collection process	X 9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	X 10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	p.1
	X 10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.2-3
Effect measures	X 12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	p.4
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	Anexo
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	Anexo
	X 13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	X 13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	X 13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	X 14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	X 15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	p.3
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	p.4
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	p.4-5
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	p.4
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	p.5-6
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	p.6
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	p.6
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	p.1
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



PRISMA 2020 for Abstracts Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE			
Title	X 1	Identify the report as a systematic review.	
BACKGROUND			
Objectives	● 2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	p.1
METHODS			
Eligibility criteria	● 3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	p.1
Information sources	● 4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	p.1
Risk of bias	X 5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	
Synthesis of results	X 6	Specify the methods used to present and synthesise results.	
RESULTS			
Included studies	X 7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	
Synthesis of results	X 8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	
DISCUSSION			
Limitations of evidence	X 9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	
Interpretation	X 10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	
OTHER			
Funding	X 11	Specify the primary source of funding for the review.	
Registration	X 12	Provide the register name and registration number.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 11: Trahan et al., 2019



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	● 1	Identify the report as a systematic review.	p.1
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	6/12
INTRODUCTION			
Rationale	● 3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	p.1-2
Objectives	● 4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	p.1-2
METHODS			
Eligibility criteria	● 5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	p.2
Information sources	● 6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	p.2
Search strategy	● 7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	p.2
Selection process	● 8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.2
Data collection process	✗ 9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	✗10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	✗10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	● 11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p.2
Effect measures	✗ 12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	✗13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	✗13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	✗13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	✗13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	✗13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	✗13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	● 14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	p.2
Certainty assessment	✗ 15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	● 16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	p.2
	● 16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	p.2
Study characteristics	● 17	Cite each included study and present its characteristics.	p.3
Risk of bias in studies	● 18	Present assessments of risk of bias for each included study.	p.3 y 5
Results of individual studies	✗ 19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	● 20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	p.3-4
	✗ 20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	● 20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	p.3
	✗ 20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	✗ 21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	✗ 22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	● 23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	p.5
	● 23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	p.6-7
	● 23c	Discuss any limitations of the review processes used.	p.6-7
	● 23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	p.6-7
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	● 24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	p.1
	✗ 24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	✗ 24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
	✗ 24d	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Support	✗ 25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	● 26	Declare any competing interests of review authors.	p.1
Availability of data, code and other materials	✗ 27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



PRISMA 2020 for Abstracts Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE	1	Identify the report as a systematic review.	●
BACKGROUND	2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	●
METHODS	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	✗
Eligibility criteria	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	✗
Information sources	4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	●
Risk of bias	5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	●
Synthesis of results	6	Specify the methods used to present and synthesise results.	✗
RESULTS	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	●
Included studies	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	●
Synthesis of results	8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	●
DISCUSSION	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	✗
Limitations of evidence	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	✗
Interpretation	10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	✗
OTHER	11	Specify the primary source of funding for the review.	✗
Funding	11	Specify the primary source of funding for the review.	✗
Registration	12	Provide the register name and registration number.	✗

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 12: Yaraghi et al., 2019

PEDro scale

1. eligibility criteria were specified	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2
2. subjects were randomly allocated to groups (in a crossover study, subjects were randomly allocated an order in which treatments were received)	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2
3. allocation was concealed	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.2 y 7
4. the groups were similar at baseline regarding the most important prognostic indicators	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.4
5. there was blinding of all subjects	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.3
6. there was blinding of all therapists who administered the therapy	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
7. there was blinding of all assessors who measured at least one key outcome	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
8. measures of at least one key outcome were obtained from more than 85% of the subjects initially allocated to groups	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
9. all subjects for whom outcome measures were available received the treatment or control condition as allocated or, where this was not the case, data for at least one key outcome was analysed by "intention to treat"	no <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/>	where: p.5,6
10. the results of between-group statistical comparisons are reported for at least one key outcome	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:
11. the study provides both point measures and measures of variability for at least one key outcome	no <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	where:

The PEDro scale is based on the Delphi list developed by Verhagen and colleagues at the Department of Epidemiology, University of Maastricht (*Verhagen AP et al (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51(12):1235-41*). The list is based on "expert consensus" not, for the most part, on empirical data. Two additional items not on the Delphi list (PEDro scale items 8 and 10) have been included in the PEDro scale. As more empirical data comes to hand it may become possible to "weight" scale items so that the PEDro score reflects the importance of individual scale items.

The purpose of the PEDro scale is to help the users of the PEDro database rapidly identify which of the known or suspected randomised clinical trials (ie RCTs or CCTs) archived on the PEDro database are likely to be internally valid (criteria 2-9), and could have sufficient statistical information to make their results interpretable (criteria 10-11). An additional criterion (criterion 1) that relates to the external validity (or "generalisability" or "applicability" of the trial) has been retained so that the Delphi list is complete, but this criterion will not be used to calculate the PEDro score reported on the PEDro web site.

The PEDro scale should not be used as a measure of the "validity" of a study's conclusions. In particular, we caution users of the PEDro scale that studies which show significant treatment effects and which score highly on the PEDro scale do not necessarily provide evidence that the treatment is clinically useful. Additional considerations include whether the treatment effect was big enough to be clinically worthwhile, whether the positive effects of the treatment outweigh its negative effects, and the cost-effectiveness of the treatment. The scale should not be used to compare the "quality" of trials performed in different areas of therapy, primarily because it is not possible to satisfy all scale items in some areas of physiotherapy practice.

Notes on administration of the PEDro scale:

- All criteria **Points are only awarded when a criterion is clearly satisfied.** If on a literal reading of the trial report it is possible that a criterion was not satisfied, a point should not be awarded for that criterion.
- Criterion 1 This criterion is satisfied if the report describes the source of subjects and a list of criteria used to determine who was eligible to participate in the study.
- Criterion 2 A study is considered to have used random allocation if the report states that allocation was random. The precise method of randomisation need not be specified. Procedures such as coin-tossing and dice-rolling should be considered random. Quasi-randomisation allocation procedures such as allocation by hospital record number or birth date, or alternation, do not satisfy this criterion.
- Criterion 3 *Concealed allocation* means that the person who determined if a subject was eligible for inclusion in the trial was unaware, when this decision was made, of which group the subject would be allocated to. A point is awarded for this criteria, even if it is not stated that allocation was concealed, when the report states that allocation was by sealed opaque envelopes or that allocation involved contacting the holder of the allocation schedule who was “off-site”.
- Criterion 4 At a minimum, in studies of therapeutic interventions, the report must describe at least one measure of the severity of the condition being treated and at least one (different) key outcome measure at baseline. The rater must be satisfied that the groups’ outcomes would not be expected to differ, on the basis of baseline differences in prognostic variables alone, by a clinically significant amount. This criterion is satisfied even if only baseline data of study completers are presented.
- Criteria 4, 7-11 *Key outcomes* are those outcomes which provide the primary measure of the effectiveness (or lack of effectiveness) of the therapy. In most studies, more than one variable is used as an outcome measure.
- Criterion 5-7 *Blinding* means the person in question (subject, therapist or assessor) did not know which group the subject had been allocated to. In addition, subjects and therapists are only considered to be “blind” if it could be expected that they would have been unable to distinguish between the treatments applied to different groups. In trials in which key outcomes are self-reported (eg, visual analogue scale, pain diary), the assessor is considered to be blind if the subject was blind.
- Criterion 8 This criterion is only satisfied if the report explicitly states *both* the number of subjects initially allocated to groups *and* the number of subjects from whom key outcome measures were obtained. In trials in which outcomes are measured at several points in time, a key outcome must have been measured in more than 85% of subjects at one of those points in time.
- Criterion 9 An *intention to treat* analysis means that, where subjects did not receive treatment (or the control condition) as allocated, and where measures of outcomes were available, the analysis was performed as if subjects received the treatment (or control condition) they were allocated to. This criterion is satisfied, even if there is no mention of analysis by intention to treat, if the report explicitly states that all subjects received treatment or control conditions as allocated.
- Criterion 10 A *between-group* statistical comparison involves statistical comparison of one group with another. Depending on the design of the study, this may involve comparison of two or more treatments, or comparison of treatment with a control condition. The analysis may be a simple comparison of outcomes measured after the treatment was administered, or a comparison of the change in one group with the change in another (when a factorial analysis of variance has been used to analyse the data, the latter is often reported as a group \times time interaction). The comparison may be in the form hypothesis testing (which provides a “p” value, describing the probability that the groups differed only by chance) or in the form of an estimate (for example, the mean or median difference, or a difference in proportions, or number needed to treat, or a relative risk or hazard ratio) and its confidence interval.
- Criterion 11 A *point measure* is a measure of the size of the treatment effect. The treatment effect may be described as a difference in group outcomes, or as the outcome in (each of) all groups. *Measures of variability* include standard deviations, standard errors, confidence intervals, interquartile ranges (or other quantile ranges), and ranges. Point measures and/or measures of variability may be provided graphically (for example, SDs may be given as error bars in a Figure) as long as it is clear what is being graphed (for example, as long as it is clear whether error bars represent SDs or SEs). Where outcomes are categorical, this criterion is considered to have been met if the number of subjects in each category is given for each group.

Anexo 13: GPCBE TCA American Academy of Family Physician, 2015



**AGREE Reporting Checklist
2016**

AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	2 46
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input type="checkbox"/> Outcome(s) <input type="checkbox"/> Health care setting or context	2 51
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	3 46
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	5 51-52
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	1 46
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	2 46

Anexo 14: GPCBE TCA Wolters Kluwer Health, 2017



**AGREE Reporting Checklist
2016**

AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	423-424 7
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input type="checkbox"/> Health care setting or context	423-424-427 6
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	424 - 425 6
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	423 5
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	0
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	424 3

DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input checked="" type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input checked="" type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	424 6
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input checked="" type="checkbox"/> Study design <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes <input checked="" type="checkbox"/> Language (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Context (if relevant)	424-425 7
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input checked="" type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input checked="" type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input checked="" type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context	435 4
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i>	<input type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)	 0
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks	428 1
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	424 - 433 - 434 - 435 5

13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i>	<input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	0
14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	0
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION		
15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i>	<input type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	427 432 433 5
16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i>	<input type="checkbox"/> Description of management options <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option	427 433 3
17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i>	<input type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section	428 429 430 431 7
DOMAIN 5: APPLICABILITY		
18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the	1 424

	<p>population receive mammography)</p> <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations	
19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents 2 <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	436 437
20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) 0 <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement 0 <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 7	436
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input checked="" type="checkbox"/> A description of the competing interests <input checked="" type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations 7	436

From:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.

Anexo 15: GPCBE TCA National Institute for Health and Care Excellence, 2017

**AGREE Reporting Checklist
2016**
AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	4 7
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	41 + anexo doc 7
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	4,35+ anexo : final scope 7
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input checked="" type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	41 + anexo : comm ittee memb er list 7
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	41 + full guidli ne (34) 7
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	4 + anexo : final scope 7

<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input checked="" type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input checked="" type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations) 	<p>41+an exo: full guidli ne (34)</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">7</p>
<p>14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input checked="" type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur <input checked="" type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure 	<p>4,41, full guidli</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">7</p>
<p>DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION</p>		
<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input checked="" type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input checked="" type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) <input checked="" type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline 	<p>full guidli ne</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">7</p>
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input checked="" type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option 	<p>full guidli</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">7</p>
<p>17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section 	<p>full guidli ne</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">7</p>
<p>DOMAIN 5: APPLICABILITY</p>		
<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input checked="" type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the 	<p>full guidli ne</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">7</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> population receive mammography) <input checked="" type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations 	
19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	1,2,3,41....
20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) <input checked="" type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations 	41 + anexo : economic plan
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input checked="" type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured 	pagina web NICE, 1,2,3,41
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 	full guideline
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input checked="" type="checkbox"/> A description of the competing interests <input checked="" type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations 	full guideline

From:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.

Anexo 16: GPCBE TCA Journal of Clinical Medicine, 2019



**AGREE Reporting Checklist
2016**

AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	2-3 7
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	2,3,4,6 7
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	5, 7
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input checked="" type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	1,14 6
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	3,6 4
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	2, 3 7

DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i>	<input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input checked="" type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	3 2
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input checked="" type="checkbox"/> Study design <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes <input checked="" type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant)	2,5 5
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input checked="" type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context	5 2
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)	2,3,4 5
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks	2,3,7 4
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input checked="" type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	4,6,7, 8,9,11 ,12, 7

13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input checked="" type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) 5 <input checked="" type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	2,3
14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input checked="" type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur 7 <input checked="" type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	2,3
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION		
15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input checked="" type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input checked="" type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) 7 <input checked="" type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	4,6,7,8,9,12
16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input checked="" type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option 7	4,6,7,9,12
17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section 6	4
DOMAIN 5: APPLICABILITY		
18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered 3 <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the	3,5,6

	<p>population receive mammography)</p> <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations	
19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents 5 <input checked="" type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input checked="" type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	3
20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) 1 <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	5
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement 4 <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	7,8,11
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 7	14
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input checked="" type="checkbox"/> A description of the competing interests <input checked="" type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations 7	14

From:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.

**Anexo 17: GPCBE DSF Institute of Medical Education and Research of
Chandigarh, 2017**



**AGREE Reporting Checklist
2016**

AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	7 91
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	6 92
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	2 91
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	5
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	0
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	1 91

DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i>	<input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)	0
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i>	<input type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input type="checkbox"/> Study design <input type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input type="checkbox"/> Outcomes <input type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant)	0
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i>	<input type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context	0
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i>	<input type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)	0
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks	1
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i>	<input type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations <input checked="" type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline	2

13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i>	<input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) 1 <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input checked="" type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	91
14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur 0 <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION		
15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input checked="" type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) 4 <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	all page
16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input checked="" type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option 7	101,102,
17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms 5 <input type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section	All page
DOMAIN 5: APPLICABILITY		
18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i>	<input type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered 0 <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the	

	<p>population receive mammography)</p> <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations	
<p>19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Guideline summary documents 2 <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	115
<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i></p>	<input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) 0 <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	
<p>21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i></p>	<input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement 0 <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
<p>22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i></p>	<input type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 0	
<p>23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i></p>	<input type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input type="checkbox"/> A description of the competing interests 0 <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations	

From:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.

**Anexo 18: GPCBE DSF Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada,
2018**



AGREE
REPORTING CHECKLIST

**AGREE Reporting Checklist
2016**

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	451 7
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	451,4 52,45 3 7
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	451, 466,4 67,46 8 7
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	451 5
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	0
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	451 7

13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input checked="" type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) 3 <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations)	451
14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input checked="" type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur 5 <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure	451
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION		
15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input checked="" type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input checked="" type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) 7 <input checked="" type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline	todo a lo largo
16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input checked="" type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option 7	todo
17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms 7 <input checked="" type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section	todo a lo largo
DOMAIN 5: APPLICABILITY		
18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered 2 <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the	451

	<p>population receive mammography)</p> <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations	
19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input checked="" type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input checked="" type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	499
20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	0
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured	0
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i>	<input type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline	0
23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input checked="" type="checkbox"/> A description of the competing interests <input checked="" type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations	451

From:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.

Anexo 19: GPCBE DSF Canadian Urological Association, 2018



**AGREE Reporting Checklist
2016**

AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	7 211
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input type="checkbox"/> Target population <input type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input type="checkbox"/> Outcome(s) <input type="checkbox"/> Health care setting or context	0
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	6 211
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	5 211
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	0
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	7 211

DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
<p>7. SEARCH METHODS <i>Report details of the strategy used to search for evidence.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix) 	0
<p>8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA <i>Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics <input type="checkbox"/> Study design <input type="checkbox"/> Comparisons (if relevant) <input type="checkbox"/> Outcomes <input type="checkbox"/> Language (if relevant) <input type="checkbox"/> Context (if relevant) 	0
<p>9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE <i>Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence <input type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies <input type="checkbox"/> Direction of results across studies <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm <input type="checkbox"/> Applicability to practice context 	0
<p>10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS <i>Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) <input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote) 	0
<p>11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS <i>Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits <input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks 	0
<p>12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE <i>Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations <input type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline 	0

<p>13. EXTERNAL REVIEW <i>Report the methodology used to conduct the external review.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) 0 <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) <input type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations) 	
<p>14. UPDATING PROCEDURE <i>Describe the procedure for updating the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur 0 <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure 	
<p>DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION</p>		
<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS <i>Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> A statement of the recommended action <input checked="" type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects) <input checked="" type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public) <input type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) 5 <input checked="" type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline 	<p>todo a lo largo</p>
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS <i>Describe the different options for managing the condition or health issue.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Description of management options <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option 4 	<p>todo</p>
<p>17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS <i>Present the key recommendations so that they are easy to identify.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms <input type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section 0 	
<p>DOMAIN 5: APPLICABILITY</p>		
<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION <i>Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation) 0 <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the 	

**Anexo 20: GPCBE DSF The American College of Obstetricians and
Gynecologists, 2019**



**AGREE Reporting Checklist
2016**

AGREE
REPORTING CHECKLIST

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES <i>Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society)	7 1
2. QUESTIONS <i>Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population <input checked="" type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s) <input checked="" type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome(s) <input checked="" type="checkbox"/> Health care setting or context	7 A partir 5
3. POPULATION <i>Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Target population, sex and age <input checked="" type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant) <input checked="" type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant)	7 En toda la guía
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP <i>Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Name of participant <input checked="" type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) <input checked="" type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA) <input checked="" type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group	7 1,18 y anexo
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS <i>Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.</i>	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered on patient/public information <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	0
6. TARGET USERS <i>Report the target (or intended) users of the guideline.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) <input checked="" type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	7 18

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> population receive mammography) <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations 	
<p>19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS <i>Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms <input type="checkbox"/> Links to how-to manuals <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) <input checked="" type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned 	18
<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS <i>Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations 	Todo a lo largo
<p>21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA <i>Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured 	1 y 18
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE		
<p>22. FUNDING BODY <i>Report the funding body's influence on the content of the guideline.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) <input checked="" type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline 	18
<p>23. COMPETING INTERESTS <i>Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Types of competing interests considered <input checked="" type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought <input checked="" type="checkbox"/> A description of the competing interests <input checked="" type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations 	18

From:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.