



Facilitadores y barreras en el proceso diagnóstico por vulvodinia en la práctica general: un estudio cualitativo

[Peter Leusink](#), [Doreth Teunissen](#), [Peter L. Lucassen](#), [Ellen T. Laan](#), and [Antoine L. Lagro-Janssen](#)

[Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) ►

RESUMEN

Mensajes clave

- Los médicos de sexo femenino y, sin duda, los varones, deberían recibir un mejor apoyo en el desarrollo de las actitudes y habilidades relacionadas con la obtención de un historial sexual en mujeres y la realización de un examen vulvovaginal.
- Los médicos de cabecera deben estar capacitados para tratar la vulvodinia como otros síntomas físicos sin explicación médica, ya que los médicos de cabecera enfrentan la misma incertidumbre profesional al respecto.

Introducción

La vulvodinia es un trastorno común en la población general con una prevalencia puntual del 8% y una prevalencia de por vida del 25% [1,2]. La vulvodinia se define como "dolor vulvar de al menos tres meses de duración, sin una causa identificable clara, que puede tener posibles factores asociados [3]. Los siguientes descriptores se usan para especificar las características de la vulvodinia: localizada (por ejemplo, vestibulodinia, clitorodinia) o generalizada o mixta; provocado (por ejemplo, inserción, contacto) o espontáneo o mixto; inicio (primario o secundario); y patrón temporal (intermitente, persistente, constante, inmediato, retrasado) [3]. Como la vulvodinia provocada (PVD) es la presentación clínica más frecuente y estudiada de vulvodinia, con muchas implicaciones a nivel individual y relacional, el enfoque de este artículo será sobre PVD.

Los estudios muestran que alrededor del 50% de las mujeres con PVD nunca buscaron ayuda y, de las que sí lo hicieron, más del 50% no recibió ningún diagnóstico [1,2]. Solo el 5.7% de los que

buscaron ayuda fueron diagnosticados con vulvodinia [1]. En consecuencia, en las prácticas familiares holandesas, la incidencia registrada de relaciones sexuales dolorosas, un síntoma esencial de PVD, es muy baja, alrededor del 0,1% [4]. Los hallazgos epidemiológicos más precisos de PVD en atención primaria son poco frecuentes ya que PVD no está incluida en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (ICPC).

La brecha entre la prevalencia relativamente alta de PVD en la población general y la baja incidencia en la atención primaria puede explicarse por factores del paciente, así como por factores médicos [5]. Como se demostró en algunos estudios, los médicos carecen de conocimientos sobre la evaluación y el tratamiento de PVD [6-8]. En un estudio poblacional, el 60% de las mujeres con PVD consultaron a tres o más médicos, muchos de los cuales no pudieron proporcionar un diagnóstico claro [6]. En un estudio de entrevistas cualitativo y en profundidad, las mujeres con PVD consultaron entre tres y 15 médicos diferentes y con frecuencia habían soportado meses de tratamiento incorrecto, sobre todo para la candidiasis vulvovaginal [7]. Además, una encuesta entre ginecólogos jóvenes mostró que la mayoría de ellos no recibió ningún entrenamiento básico sobre la condición, incluso después de haber llegado a las etapas finales del entrenamiento de especialización [8]. Posiblemente, la falta de competencia de los médicos para reconocer y diagnosticar PVD mantiene las creencias negativas de las mujeres sobre el beneficio de buscar ayuda.

Los médicos generales (MG) se ocupan de las quejas sobre dolor vulvovaginal con regularidad y el proceso de diagnóstico resulta ser complicado [9,10]. En un análisis de cohortes retrospectivo, encontramos que en una población de práctica general de mujeres entre 15 y 50 años, los síntomas sugestivos de PVD se asociaron fuertemente con el diagnóstico de candidiasis vulvovaginal (OR: 4-7) [11]. Además, en las mujeres, en la práctica general que presentaban quejas vulvares recurrentes y persistentes diagnosticadas como candidiasis vulvovaginal, los síntomas concurrentes, como dispareunia, síndromes funcionales, síntomas miccionales y trastornos psicológicos, pueden apuntar al diagnóstico de PVD [12]. Los médicos de cabecera podrían reconsiderar su diagnóstico y manejo cuando las mujeres presentan quejas vulvovaginales recurrentes y persistentes.

Para mejorar el reconocimiento de PVD, es importante saber con más precisión qué barreras y facilitadores están afectando el proceso de diagnóstico para los médicos de cabecera que se enfrentan con quejas vulvovaginales recurrentes y persistentes. El presente artículo informa sobre un estudio cualitativo de grupos focales en los médicos de familia holandeses que investigan sus consideraciones diagnósticas cuando fueron consultados por mujeres con quejas vulvovaginales

METODOS

Diseño del estudio

Las entrevistas focales de los grupos se llevaron a cabo entre los médicos de familia holandeses durante el primer semestre de 2016. Se recopilaron datos cualitativos para obtener información detallada sobre el proceso de toma de decisiones clínicas sobre las quejas vulvovaginales. Se llevaron a cabo entrevistas grupales en lugar de entrevistas con médicos generales porque

esperábamos que el intercambio de ideas y experiencias entre los miembros del grupo de enfoque generara más información relevante que las entrevistas individuales [13].

Participantes

Los participantes fueron reclutados entre 400 médicos de familia seleccionados al azar que trabajan en la región oriental y media de los Países Bajos a través de una carta de invitación. Los no respondedores fueron contactados dos semanas después por correo electrónico o por teléfono. Finalmente, de los 20 médicos que respondieron, tres no pudieron asistir a la reunión programada del grupo focal; 17 participaron en cuatro grupos focales, cinco hombres y 12 mujeres. Cada grupo consistió de cuatro a cinco participantes; tres grupos contenían hombres y mujeres, un grupo de enfoque contenía cinco mujeres GP. Se desconoce el motivo de la baja tasa de participación, ya que no se investigó la falta de respuesta.

Todos los médicos generales firmaron un formulario de consentimiento informado antes de participar. El anonimato y la confidencialidad estaban garantizados. De acuerdo con la legislación holandesa, no se requirió la aprobación de un comité de ética médica para las entrevistas. Los gastos de viaje de los participantes fueron reembolsados.

Todos los médicos generales firman antes de participar. El anonimato y la confidencialidad estaban garantizados. De acuerdo con la legislación holandesa, no se requiere aprobación de un comité de ética médica para las entrevistas. Los gastos de viaje de los participantes fueron reembolsados.

Entrevistas a grupos focales y recopilación de datos

Un sexólogo certificado (y ex médico de cabecera) moderó dos grupos focales. Debido a circunstancias prácticas, otro médico de cabecera moderó los otros dos grupos de enfoque. Los moderadores no estaban relacionados personal o profesionalmente con los participantes. Se utilizó una guía de entrevista para dirigir la discusión y se basó en la literatura científica y la experiencia de los investigadores. El énfasis en esta guía se centró en los pensamientos y sentimientos de los médicos de familia en cuanto a tomar una historia sexual y realizar un examen de vulva / vagina durante su última consulta con una mujer con molestias vulvovaginales y cuando se enfrenta a una viñeta. Esta viñeta muestra a una mujer que consulta al médico de cabecera por tercera vez en cuatro meses (incluso una por teléfono) con "irritación vulvar sin secreción". PVD no se sugirió como diagnóstico. La base de la conversación fue el proceso de diagnóstico del GP. Los grupos focales duraron 90 minutos y se grabaron y transcribieron textualmente.

Un autor (PLe) y un estudiante de medicina observaron a todos los grupos e hicieron notas de campo de comunicación no verbal y observaciones potencialmente notables

Análisis de los datos

El autor principal (PLe) y un estudiante de medicina realizaron de forma independiente un análisis sistemático de las transcripciones, con una pregunta central en mente: "¿Qué facilitadores y barreras se observan con respecto al diagnóstico de quejas vulvovaginales?" Después de analizar dos entrevistas grupales, se discutieron los códigos con el comité supervisor, y se realizaron algunos pequeños ajustes en la lista de temas. En particular, se invitó específicamente a los médicos de cabecera a discutir cómo plantean problemas sexuales con sus pacientes, ya que eran reacios a discutir este tema. Con esta lista revisada de temas, realizamos los dos últimos grupos focales. Después de analizar el cuarto grupo de enfoque se alcanzó la saturación. Una declaración de un GP se consideró importante cuando fue reconocida por otros y fue seguida de discusión. Los códigos que hacen referencia al mismo contenido se agruparon en categorías y posteriormente en temas. Aplicamos todos los criterios consolidados para informar la investigación cualitativa (criterios COREQ), con la excepción del criterio para devolver la transcripción a los participantes para que comenten [14]. El paquete de software de investigación cualitativa ATLAS-ti (Scientific Software Development GmbH, Berlín, Alemania) se utilizó para ayudar a registrar, buscar y codificar los datos. Las citas, que ilustran los principales resultados, se presentan (recuadro 1, 2, 3) y se traducen del holandés al inglés por un hablante bilingüe

Resultados

El análisis de las entrevistas generó tres temas principales: identificar y discutir las quejas sexuales, la importancia del género en la experiencia profesional y hacer frente a la incertidumbre profesional.

Identificar y discutir quejas sexuales

Se encontró que la mayoría de los médicos tenían dificultades para indagar sobre el comportamiento sexual, a menos que estuviese relacionado con la evaluación de la probabilidad de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Fuera del contexto de las enfermedades de transmisión sexual, los médicos generales eran reacios a tener una historia sexual. En particular, los médicos de cabecera mencionaron la duda con respecto a las pacientes de su edad y mencionaron que esta indecisión para realizar una historia sexual y realizar un examen vulvovaginal se aplica más a sí mismas que las mujeres.

Algunos médicos de cabecera y no médicos de sexo femenino tenían miedo de ser vistos como demasiado curiosos, o se sentían avergonzados o notaron una sensación de tensión no clara al preguntar sobre cuestiones sexuales. Algunos médicos varones temían ser considerados interfirientes en la vida privada de los pacientes o ser descalificados por el paciente, incluso cuando las cuestiones privadas o sexuales podrían ser relevantes para el diagnóstico.

Un factor facilitador fue el conocimiento de que los pacientes podían beneficiarse si se les preguntaba sobre temas sexuales. Algunos médicos de sexo masculino estaban agradecidos por la información proporcionada por sus colegas femeninas, esas mujeres esperan atención profesional a los problemas de salud sexual.

Importancia del género en la experiencia profesional

Los médicos de cabecera mencionaron que ven más mujeres con quejas vulvovaginales que sus colegas masculinos, y que, por lo tanto, pueden tener más conocimientos y habilidades de rutina con respecto a estos temas (Recuadro 2). Además, algunas mujeres médicas mencionaron que

identificarse con las mujeres, en el sentido de que podían reconocer el problema con mayor facilidad, resultó ser un factor facilitador en el proceso de diagnóstico.

Finalmente, algunos médicos de familia expresaron un sentido de curiosidad y desafío en la búsqueda de una solución, mientras que los médicos de sexo masculino nunca lo hicieron. Este último mencionó haber visto menos mujeres con quejas vulvovaginales que sus colegas femeninas. Por lo tanto, los médicos varones describieron que tenían menos experiencia y entrenamiento en quejas ginecológicas, lo que les hacía sentir inseguros sobre la evaluación de la sexualidad y realizar un examen ginecológico, por ejemplo, evitando o posponiendo un examen, manteniendo así su falta de experiencia.

Hacer frente a la incertidumbre profesional

Confrontados con una viñeta de un paciente con síntomas vulvovaginales recurrentes (consultar al médico de cabecera por tercera vez después de cuatro meses), para quienes el tratamiento terapéutico estándar no tuvo éxito, los médicos de cabecera reaccionaron con emociones negativas como impotencia, incomodidad, incompetencia y frustración (cuadro 3) Los médicos de cabecera compararon sus emociones con sus reacciones cuando se enfrentaron a otras quejas físicas que no pueden explicarse de forma somática (MUPS, síntomas físicos médicamente inexplicados). Debido a esto, rara vez consideraron el problema presentado en la viñeta como un desafío para explorar más.

Había tres estrategias principales para hacer frente a esta incertidumbre profesional. Una estrategia (centrada en el problema) fue comenzar desde el principio (exámenes, pruebas) para descubrir si algo se ha pasado por alto. Una segunda estrategia fue posponer o evitar una derivación a otro profesional hasta que los médicos de cabecera entendieran la razón por la cual esta derivación sería necesaria. En tercer lugar, los pacientes fueron remitidos a regañadientes porque los médicos de cabecera no sentían que tenían ningún control o influencia sobre el paciente.

Con respecto al PVD, los médicos generales carecían de educación y no estaban familiarizados con este diagnóstico. De hecho, solo un GP mencionó espontáneamente a PVD en el diagnóstico diferencial.

Discusión

Hallazgos principales

Tres temas parecieron definir mejor a los facilitadores y las barreras en el proceso de diagnóstico de vulvodinia en la práctica general.

Antes que nada, dentro del tema 'identificar y discutir quejas sexuales', una barrera importante era el género masculino del médico de cabecera. Aunque todos los médicos generales eran reacios a evaluar las denuncias sexuales, las mujeres médicas eran menos reacias a tener una historia sexual y realizar un examen vulvovaginal que los hombres. Otras barreras fueron sentimientos de vergüenza e incertidumbre de los médicos varones acerca de si las mujeres apreciarían su participación profesional en cuestiones de salud sexual.

Con respecto al segundo tema, "importancia del género en la experiencia profesional", el género femenino demostró ser un facilitador importante. Ser mujer parecía facilitar que las médicas reconocieran la carga de sus pacientes femeninas y mejoraran su experiencia como resultado de un manejo más frecuente de las mujeres con quejas vulvovaginales, y de sentir una mayor sensación de curiosidad y desafío para encontrar una solución. Finalmente, tanto los médicos varones como las mujeres expresaron incertidumbre acerca de su experiencia profesional cuando se enfrentaban con quejas vulvovaginales recurrentes.

Dentro del tema "hacer frente a la incertidumbre profesional", la falta de conocimiento y los sentimientos de incompetencia fueron barreras para afrontar profesionalmente los síntomas vulvovaginales que pueden ser indicativos de PVD, una condición que los médicos de familia consideran un ejemplo de MUPS. Los médicos de cabecera mostraron tres estrategias para hacer frente a esta incertidumbre profesional: empezar desde el principio los diagnósticos, posponer una derivación o referir con renuencia. No se encontraron facilitadores dentro de este tema.

Fortalezas y limitaciones

La fortaleza de este estudio es el informe de los hallazgos que se obtuvieron debido a la interacción entre los médicos de cabecera, que se muestra por el reconocimiento mutuo en la identificación de quejas sexuales y hacer frente a la incertidumbre profesional. Especialmente, el tema de género se planteó como resultado de la interacción entre los médicos generales y las mujeres. Además, a nuestro entender, este estudio es el primero que investiga el proceso de diagnóstico de vulvodinia en la práctica general. Finalmente, los participantes en los grupos focales fueron heterogéneos en cuanto a género, edad, años de experiencia y tipo de práctica. Sin embargo, el sesgo de autoselección de nuestros participantes puede calificarse como una limitación, como se ve también en la baja tasa de respuesta de aproximadamente el 4%. La mayoría de nuestros participantes desempeñaban un papel activo en la educación de los médicos generales y tenían un interés específico en las afecciones vulvovaginales. Tal vez, con médicos de cabecera con un interés promedio en tales quejas, otros temas hubieran surgido.

Barreras en la discusión de problemas sexuales

Se ha demostrado en repetidas ocasiones que los médicos de familia, tanto hombres como mujeres, se enfrentan a varias barreras al discutir cuestiones sexuales [15-18]. La mayoría de las barreras mencionadas fueron falta de entrenamiento, falta de tiempo, vergüenza por parte del médico de cabecera, miedo a abrir "puertas de inundación" y tener una edad o género diferente del paciente [15,16]. Se determinó que la capacitación en habilidades de comunicación y la actitud personal de los médicos de cabecera son factores fundamentales para la historia sexual y el manejo de los problemas sexuales [17,18].

Importancia del género en la experiencia profesional

Respecto a la importancia del género en la experiencia profesional, un pequeño (n = 50) estudio transversal que utilizó cuestionarios encontró que más médicos masculinos que femeninos tenían poca confianza en el manejo de problemas sexuales en pacientes femeninas y, a la inversa, en hombres, la confianza era menor en mujeres GP [16]. El mismo estudio mostró que los años de

práctica y el número de consultas en una semana en que se debatieron los problemas sexuales, fueron factores de protección para discutir cuestiones sexuales [16]. En otro estudio, el uso de una muestra aleatoria de 512 médicos de familia y ginecólogos, la concordancia de sexo entre médicos, el aumento de años en la práctica, el aumento en el número de pacientes atendidos por semana y las percepciones sobre la experiencia de la práctica fueron predictores significativos e independientes de mayor confianza en tratar pacientes con trastornos sexuales femeninos [18]. Un estudio cualitativo entre 22 médicos mostró que, de acuerdo con estos médicos, los pacientes preferían ver a los médicos del mismo sexo con respecto a la salud sexual, y algunos médicos consideraron que, como consecuencia, se volvieron "descalificados" para tratar asuntos sexuales de pacientes del sexo opuesto [19].] Finalmente, una encuesta pequeña (n = 78) entre un grupo mixto de médicos, mostró que con respecto a la historia sexual, percibieron la mayor incomodidad al entrevistar a pacientes de sexo opuesto, así como a pacientes muy jóvenes y ancianos [20]. En resumen, los hallazgos relativos a la relevancia e influencia del género, la edad, la experiencia y la (falta de) capacitación, están en línea con nuestros resultados. Aparentemente, asuntos del mismo sexo.

Incertidumbre profesional

Con respecto a la incertidumbre profesional que encuentran los médicos de cabecera durante sus consultas, sus reacciones parecen corresponder a la estrategia de afrontamiento que utilizan los médicos de cabecera en general cuando se enfrentan con pacientes con EPU [21,22]. Por ejemplo, los médicos de cabecera en nuestro estudio prefirieron mantener la relación médico-paciente logrando la alianza mutua caracterizada por la atención ritual (repetir exámenes periódicos o exámenes físicos), como se describió en un estudio cualitativo entre los médicos de familia holandeses [21]. Otro estudio cualitativo mostró que los médicos utilizaron enfoques más centrados en la emoción (apuntando a reducir o manejar las emociones negativas causadas por el estrés) en lugar de estrategias centradas en el problema, indicando que tenían dificultades para manejar su estrés cuando trabajaban con pacientes con MUPS [22] La viñeta que utilizamos en nuestro estudio, una mujer con quejas vulvovaginales recurrentes, desencadenó algunas de las mismas reacciones que los pacientes con MUPS.

Implicaciones y perspectiva futura

Nuestros hallazgos tienen implicaciones particularmente para la formación de médicos y aprendices masculinos jóvenes. Los practicantes de GP masculinos deben recibir un mejor apoyo en el desarrollo de sus actitudes y habilidades con respecto a tomar un historial sexual y realizar un examen vulvovaginal. En menor medida, esto también explica a las GP mujeres, ya que en la mayoría de las GP femeninas en este estudio los síntomas asociados con PVD tampoco eran conocidos por ellos. Las directrices están actualmente disponibles para apoyar a los médicos de cabecera en la gestión de PVD [23, 24]. Además, la capacitación de los médicos de familia para enfrentar a pacientes con MUPS también puede ayudar a lidiar con pacientes con PVD.

Es interesante saber si la gestión actual de las quejas vulvovaginales por parte de los médicos también satisface las necesidades y expectativas de las mujeres. La comprensión de cómo los

pacientes con PVD perciben y evalúan el manejo de sus quejas por parte de su médico de cabecera puede ayudar a mejorar y facilitar tanto el diagnóstico como el proceso de derivación de las quejas vulvovaginales en la práctica general.

Finalmente, una encuesta cuantitativa facilitaría el conocimiento sobre la medida en que nuestros hallazgos son representativos de todos los médicos de familia holandeses. Desafortunadamente, la investigación cuantitativa en la práctica general está limitada, entre otras cosas, por la falta de una clasificación clara de la vulvodinia, ya que se podrían aplicar diferentes códigos ICPC. Para futuras investigaciones en este campo en la práctica general, sería indispensable una codificación bien definida de la vulvodinia.

Conclusiones

El sexo masculino, la falta de experiencia en los síntomas de PVD y las respuestas emocionales negativas ante la incertidumbre profesional, demostraron ser factores inhibidores, mientras que el sexo femenino y la comprensión de que los pacientes pueden sacar provecho de las preguntas sobre temas de salud sexual fueron factores facilitadores.

Expresiones de gratitud

Los autores agradecen a los médicos de cabecera que asistieron a las discusiones de los grupos focales, así como a M. Vergeer, sexólogo, G. Donker, (moderadores) y E. Kalicharan, quienes contribuyeron al proyecto de investigación.

Declaración de financiación

Grupo de expertos en salud sexual del Colegio holandés de médicos generales Sociedad científica holandesa de Sexología.

Declaración de divulgación

Los autores reportan ningún conflicto de intereses. Los autores son los únicos responsables del contenido y la redacción del documento.

References

1. Reed BD, Harlow SD, Sen A, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:170.e1–179. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
2. Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RHN, et al. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210:40.e1–40.e8. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
3. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2016;20:126–130. [[PubMed](#)]
4. Kedde H, Donker G, Leusink P, et al. The Incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. *Int J Sex Heal.* 2011;23:269–277.
5. Bond K, Mpofu E, Weerakoon P, et al. Treatment seeking for vulvodynia and vaginismus: A systematic review. *New Voices Psychol.* 2012;8:53–70.

6. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc.* 2003;58:82–88. [[PubMed](#)]
7. Buchan A, Munday P, Ravenhill G, et al. A qualitative study of women with vulvodynia: I. The journey into treatment. *J Reprod Med.* 2007;52:15–18. [[PubMed](#)]
8. Toeima E, Nieto J. Junior doctors' understanding of vulval pain/vulvodynia: A qualitative survey. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(SUP1):101–104. [[PubMed](#)]
9. Dekker JH, Boeke AJ, Janssens J, et al. Vaginal symptoms of unknown aetiology: a study in Dutch general practice. *Br J Gen Pract.* 1993;43:239–244. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
10. Engberts MK, Korporaal H, Vinkers M, et al. Vulvovaginal candidiasis: diagnostic and therapeutic approaches used by Dutch general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2008;14:30–33. [[PubMed](#)]
11. Leusink P, Kaptheijns A, Laan E, et al. Comorbidities among women with vulvovaginal complaints in family practice. *J Sex Med.* 2016;13:220–225. [[PubMed](#)]
12. Leusink P, van Moorsel D, Bor H, et al. Is uncertain vulvovaginal candidiasis a marker of vulvodynia? A study in a Dutch general practice research database. *BJGP Open.* 2017;1. DOI: 10.3399/bjgpopen17X100905 [[Cross Ref](#)]
13. Krueger R, Casey M, Focus groups: A practical guide for applied research. 4th ed. Newbury Park (CA): Sage Publications; 2009.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19:349–357. [[PubMed](#)]
15. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 2001;18:516–518. [[PubMed](#)]
16. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med.* 2012;9:2508–2515. [[PubMed](#)]
17. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, et al. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* 2006;3:583–588. [[PubMed](#)]
18. Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med.* 2010;7:2499–2508. [[PubMed](#)]
19. Hinchliff S, Gott M, Galena E GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations - a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2004;10:56–60. [[PubMed](#)]
20. Burd ID, Nevadunsky N, Bachmann G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med.* 2006;3:194–200. [[PubMed](#)]
21. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, et al. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2009;10:68. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
22. Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies. *J Health Psychol.* 2006;11:107–116. [[PubMed](#)]

23. Working group Sexual Complaints Dutch College of General Practitioners [Sexual complaints. Guideline of the Dutch College of General Practitioners]. *Huisarts Wet.* 2015;58:586–597.

24. Sadownik LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Int J Womens Health.* 2014;6:437–449. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]