

Trabajo Fin de Grado. Grado en Fisioterapia

# Fisioterapia en el tratamiento del vaginismo

Fisioterapia no tratamento do  
vaxinismo

Physical therapy in the treatment of  
vaginismus

---



**Alumna:** Carla Villanustre Loureiro

**DNI:** 35491614S

**Tutora:** Lidia Carballo Costa

**Convocatoria:** Junio 2016

---

# Índice

ÍNDICE DE TABLAS E IMÁGENES .....	3
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS .....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
RESUMO .....	7
1. Introducción.....	8
1.1 Contextualización.....	8
1.1.1 Vaginismo: Definición, características y entidades asociadas .....	8
1.1.2 Epidemiología y factores de riesgo.....	11
1.1.3 Etiología y fisiopatología.....	12
1.1.4 Diagnóstico y evaluación.....	13
1.1.5 Tratamiento.....	14
1.2 Generalidades del trabajo .....	16
1.2.1 Tipo de trabajo seleccionado.....	16
1.2.2 Motivación personal y justificación del trabajo.....	16
2. Objetivos.....	17
3. Material y métodos.....	18
3.1 Pregunta de investigación .....	18
3.2 Material y recursos utilizados.....	18
3.3 Estrategia de búsqueda .....	18
3.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	20
3.5 Nivel de evidencia y grados de recomendación .....	21
3.6 Diagrama de selección de resultados .....	21
3.7 Gestión de la bibliografía localizada .....	21
4. Resultados .....	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Variables y medición de las mismas.....	22
4.3 Intervención .....	25
Electroterapia .....	26
Terapia manual.....	27
Varias modalidades combinadas .....	28
5. Discusión.....	30

Definición y concepto de vaginismo .....	30
Prevalencia del vaginismo .....	30
Tratamiento no fisioterápico del vaginismo .....	31
Resultados de los tratamientos utilizados .....	32
Impacto de la fisioterapia en la función sexual .....	34
Limitaciones del estudio .....	34
Recomendaciones.....	35
6. Conclusiones .....	36
BIBLIOGRAFÍA .....	37
ANEXOS .....	40

## ÍNDICE DE TABLAS E IMÁGENES

<b>Tabla I.</b> Definición de dispareunia, vaginismo, vulvodinia y vestibulodinia.....	Pág. 10
<b>Tabla II.</b> Factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento del vaginismo y la dispareunia.....	Pág. 12
<b>Tabla III.</b> Criterios diagnósticos del desorden de penetración/dolor genitopélvico.....	Pág. 14
<b>Tabla IV.</b> Aplicación de la escala PEDro.....	Pág. 21
<b>Tabla V.</b> Tipos de estudio analizados.....	Pág. 22
<b>Tabla VI.</b> Variables de estudio y medición de las mismas.....	Pág. 22
<b>Gráfica I.</b> Relación entre vaginismo, vestibulodinia y dispareunia.....	Pág. 11
<b>Gráfica II.</b> Diagrama de selección de resultados.....	Pág. 21
<b>Gráfica III.</b> Relación entre el tipo de estudio y la intervención llevada a cabo.....	Pág. 26

## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

- **CE:** Criterios de exclusión.
- **CI:** Criterios de inclusión.
- **DAV:** Distancia ano-vulvar.
- **DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales). 4ª versión.
- **DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales). 5ª versión.
- **EEF:** Estimulación eléctrica funcional.
- **EEV:** Estimulación eléctrica vaginal.
- **EMG:** Electromiografía.
- **EVA:** Escala visual analógica.
- **FSDS:** Female Sexual Distress Scale (Escala de Distrés Sexual Femenino).
- **FSFI:** Female Sexual Function Index (Índice de Función Sexual Femenina).
- **MDS:** Marinoff Dyspareunia Scale (Escala de Dispareunia Marinoff).
- **MSP:** Músculos del suelo pélvico.
- **NRS-P:** Numeric Rating Scale-Pain (Escala de Clasificación Numérica-Dolor)
- **PGI-I:** Patient Global Impression of Improvement (Impresión Global de Mejora del Paciente).
- **PGI-S:** Patient Global Impression of Severity (Impresión Global de Severidad del Paciente)
- **SF-MPQ:** Short Form of McGill-Mellzack Pain Questionnaire (Forma corta del Cuestionario de Dolor McGill-Melzack).
- **SFQ:** Sexual Function Questionnaire (Cuestionario de Función Sexual).
- **SP:** Suelo pélvico.
- **TENS:** Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).
- **VDP:** Vestibulodinia provocada.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la evidencia actual existente sobre las intervenciones de fisioterapia en el tratamiento del vaginismo y comparar su eficacia.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Cochrane Library Plus, PEDro, Scopus, Web of Science, CINAHL y AMED, de estudios publicados en español, inglés, francés, portugués o italiano, que abordasen el vaginismo con una o varias modalidades terapéuticas utilizadas en fisioterapia.

**Resultados:** Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y analizar los títulos y resúmenes de los artículos seleccionados, se obtuvieron 6 estudios. De ellos, 3 eran ensayos clínicos aleatorizados, 2 eran estudios prospectivos no controlados y 1 era un estudio prospectivo controlado no aleatorizado. En cuanto a los ensayos clínicos aleatorizados, 2 hablaban de electroterapia y 1 de terapia manual. De los estudios prospectivos no controlados, 1 analizaba la electroterapia y 1 varias terapias. El estudio controlado no aleatorizado estudiaba los efectos de varias terapias combinadas.

**Conclusión:** Existe poca evidencia que respalde a la fisioterapia en el tratamiento del vaginismo. Aunque algunos estudios evidencian que la fisioterapia mejora la funcionalidad de los músculos del suelo pélvico y la función sexual, son necesarias más investigaciones de una calidad metodológica rigurosa para poder determinar más concretamente los beneficios que ésta aporta.

**Palabras clave:** fisioterapia; vaginismo; suelo pélvico; hipertonía.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to know the current evidence about physical therapy interventions in the treatment of vaginismus and to compare their effectiveness.

**Material and methods:** A bibliographic research was made on the following databases: *PubMed*, *Cochrane Library*, *Cochrane Library Plus*, *PEDro*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL* and *AMED*. The studies must have been published in Spanish, English, French, Portuguese or Italian, and must have addressed vaginismus with one or more therapeutic modalities used by the physical therapy.

**Results:** After inclusion and exclusion criteria were applied, and the titles and abstracts of the selected articles were analyzed, 6 studies were obtained; out of which, 3 were randomized clinical trials, 2 were uncontrolled prospective studies and 1 was a controlled non-randomized prospective trial. 2 of the randomized clinical trials were about electrotherapy and the other one was about manual therapy. One of the prospective studies analyzed the electrotherapy and the other one analyzed various therapies. The controlled non-randomized study studied the effects of combining various therapies.

**Conclusion:** There's little evidence supporting physical therapy in the treatment of vaginismus. Although some studies demonstrate that physical therapy improves the functionality of the pelvic floor muscles and the sexual function, more investigations with a rigorous methodological quality are needed to establish the benefits that the physical therapy provides more specifically.

**Palabras clave:** fisioterapia; vaginismo; suelo pélvico; hipertonia.

## RESUMO

**Obxectivo:** Coñecer a evidencia actual existente sobre as intervencións de fisioterapia no tratamento do vaxinismo e comparar a súa eficacia.

**Material y métodos:** Realizouse unha busca bibliográfica nas bases de datos PubMed, Cochrane Library, Cochrane Library Plus, PEDro, Scopus, Web of Science, CINAHL e AMED, de estudos publicados en español, inglés, francés, portugués ou italiano, que abordasen o vaxinismo cunha ou varias modalidades terapéuticas utilizadas en fisioterapia.

**Resultados:** Tras aplicar os criterios de inclusión e exclusión e analizar os títulos e resumos dos artigos seleccionados, obtivéronse 6 estudos. Deles, 3 eran ensaios clínicos aleatorizados, 2 eran estudos prospectivos non controlados e 1 era un estudo prospectivo controlado non aleatorizado. No tocante aos ensaios clínicos aleatorizados, 2 falaban de electroterapia e 1 de terapia manual. Dos estudos prospectivos, 1 analizaba a electroterapia e 1 varias terapias. O estudo controlado non aleatorizado estudaba os efectos de varias terapias combinadas.

**Conclusión:** Existe pouca evidencia que apoie á fisioterapia no tratamento do vaxinismo. Aínda que algúns estudos evidencian que a fisioterapia mellora a funcionalidade dos músculos do solo pelviano e a función sexual, son necesarias máis investigacións dunha calidade metodolóxica rigorosa para poder determinar máis concretamente os beneficios que esta aporta.

**Palabras clave:** fisioterapia; vaxinismo; solo pelviano; hipertonía.



# 1. Introducción

## 1.1 Contextualización

### 1.1.1 Vaginismo: Definición, características y entidades asociadas

El suelo pélvico (SP) es la pared inferior de la cavidad abdomino-pélvica, cuyas funciones son: el soporte de las presiones y el sostén de las vísceras de esta cavidad, la continencia y la estabilidad lumbopélvica. Para desempeñar estas funciones consta de estructuras musculares, conectivas y óseas que deben mantenerse en estado óptimo<sup>1,2</sup>. En el vaginismo existe una disfunción de la musculatura del SP<sup>i</sup>.

El **vaginismo**, también llamado mialgia tensional del SP<sup>i</sup> o disfunción por hipertonia del SP<sup>i</sup>, es el “Espasmo involuntario recurrente y persistente del tercio externo de la musculatura vaginal que interfiere con la penetración vaginal”. Un concepto más reciente, que busca ir más allá del espasmo doloroso y que incluye el dolor, el miedo al dolor, la disfunción del SP<sup>i</sup> y la evitación conductual lo define como: “Dificultades recurrentes o persistentes de la mujer para permitir la entrada de un pene, un dedo y/o cualquier objeto en la vagina, a pesar de su deseo expreso de hacerlo. A menudo se acompaña de evitación y miedo al dolor.”<sup>3, 4</sup>. Algunos clínicos sugieren que la tensión de los músculos del suelo pélvico (MSP) elevada en tono de reposo presente en esta patología implica que están débiles<sup>5</sup>.

El vaginismo puede ser *primario*, si representa un problema de largo desarrollo por el cual la mujer nunca ha sido capaz de experimentar la entrada del pene en la vagina, o *secundario*, si ocurre tras un periodo de funcionamiento sexual normal<sup>4</sup>. También puede ser *total*, si evita la penetración, o *parcial*, si la hace difícil, pero no imposible<sup>5</sup>. El bloqueo de la tentativa de penetración en el coito puede extenderse al uso de un tampón o a un examen ginecológico, y frecuentemente se acompaña de un espasmo más global de toda la región, incluyendo abdominales, aductores y glúteos<sup>6</sup>.

A menudo, las mujeres disfrutan de la actividad sexual extra vaginal y son orgásmicas a pesar del vaginismo, dado que la libido y la capacidad de excitación sexual pueden ser normales<sup>3, 6</sup>. Sin embargo, el vaginismo puede causar distrés personal<sup>4</sup>. Estas mujeres sufren en silencio en un ambiente cultural que asocia sexualidad y penetración, y tardan varios años en consultar a un profesional<sup>6</sup>.

La clasificación del vaginismo no está clara, ya que existe un alto grado de superposición entre éste y otros desórdenes sexuales como la vestibulodinia y la

---

<sup>i</sup> SP: Suelo pélvico

dispareunia. El espasmo muscular característico del vaginismo produce dolor al intentar la penetración, convirtiéndose en causa de dispareunia, lo cual dificulta e incluso impide el coito<sup>4, 6</sup>. La **dispareunia** es una “disfunción sexual que se manifiesta como dolor genital experimentado justo antes, durante o después de la penetración sexual” o “dolor vaginal recurrente o persistente asociado con la penetración sexual/coito”, y puede ser *superficial* o *profunda* en función de la localización de los síntomas<sup>7</sup>. Su etiología es variada e incluye desórdenes musculares como el vaginismo, y desórdenes vulvares como las vulvodinias, estando ambas entidades relacionadas con la dispareunia superficial<sup>3, 4, 6, 8</sup>. En los últimos años se ha propuesto su consideración como un síndrome doloroso que interfiere con la sexualidad más que como un desorden sexual caracterizado por dolor<sup>3</sup>.

Existe una clasificación por la cual el vaginismo, junto con la dispareunia, se enmarcaría en “desórdenes de dolor sexual”, constituyendo cada uno una entidad clínica en sí misma. Sin embargo, la última edición del “Diagnostic and statistical manual of mental disorders” (DSM-5; American Psychiatric Association) los incluye en una única categoría llamada “Desorden de penetración/dolor genito-pélvico”, definida como dificultad marcada en al menos uno de los siguientes aspectos: a) coito/penetración vaginal, b) dolor genito-pélvico, c) miedo del coito/penetración/dolor vaginal, d) aumento de la tensión de los MSP<sup>ii</sup> durante un intento de penetración<sup>9, 10</sup>.

Tanto dispareunia como vaginismo abarcan, en mayor o menor medida<sup>11</sup>:

- Problemas con la tensión muscular.
- Dolor al tacto genital: Localizado superficialmente en la entrada de la vagina, de características variables.
- Miedo al dolor sexual.
- Propensión a un enfoque conductual de evitación. Aun así, un subgrupo de mujeres continúa siendo receptivo a iniciativas sexuales propias o de su pareja.

Por otra parte, las vulvodinias constituyen una entidad mucho más rara y confusa, hasta el punto de que su propia definición se presta a discusión. Generalmente se limitan a una molestia vulvar crónica de al menos tres meses de duración, en la mayor parte de los casos de tipo urente, sin lesión visible ni enfermedad neurológica clínicamente identificable<sup>6, 12</sup>. Las vulvodinias se diferencian de los llamados dolores vulvares porque en éstos sí se identifica un desorden específico que los causa<sup>10</sup>. El diagnóstico por tanto no parece poder establecerse más

---

<sup>ii</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

que por eliminación. Aunque algunos autores le atribuyen etiología orgánica desconocida, la hipótesis más extendida es la de una somatización de una problemática psíquica<sup>6, 12</sup>. Además, presentan factores potencialmente asociados, entre los que están los musculo-esqueléticos y, más concretamente, la sobreactividad de los MSP<sup>iii 13</sup>.

La **vestibulodinia provocada** (VDP) es el subtipo de vulvodinia más frecuente, caracterizado por dolor vulvar (típicamente quemazón) localizado en el vestíbulo y provocado por una acción o estímulo específico (el coito, la inserción de un tampón...). En este subtipo se ha visto la existencia de hipertonía de los MSP<sup>iii</sup> y otras disregulaciones<sup>10, 13, 14, 15</sup>. Por lo tanto, a menudo la vestibulodinia se asocia con el vaginismo<sup>5, 16</sup>. La vestibulodinia también se refiere en la literatura como síndrome de vestibulitis vulvar, vestibulitis, vulvovestibulitis, o disestesia vulvar y a menudo entraña dispareunia superficial severa, de tal manera que las definiciones de ambas se superponen sustancialmente<sup>14</sup>.

En la *Tabla I* se muestra la definición de las entidades de terminología más confusa<sup>4, 5, 6, 10</sup>. En realidad hay un amplio grado de superposición muy claro, porque las mujeres que tienen vaginismo o vulvodinia experimentan dolor, y las mujeres que experimentan dolor aprenden a evitar los estímulos dolorosos contrayendo la musculatura pélvica<sup>10</sup>. Así, se entra en un ciclo en el que los síntomas de la dispareunia llevan a vaginismo y viceversa<sup>17</sup>.

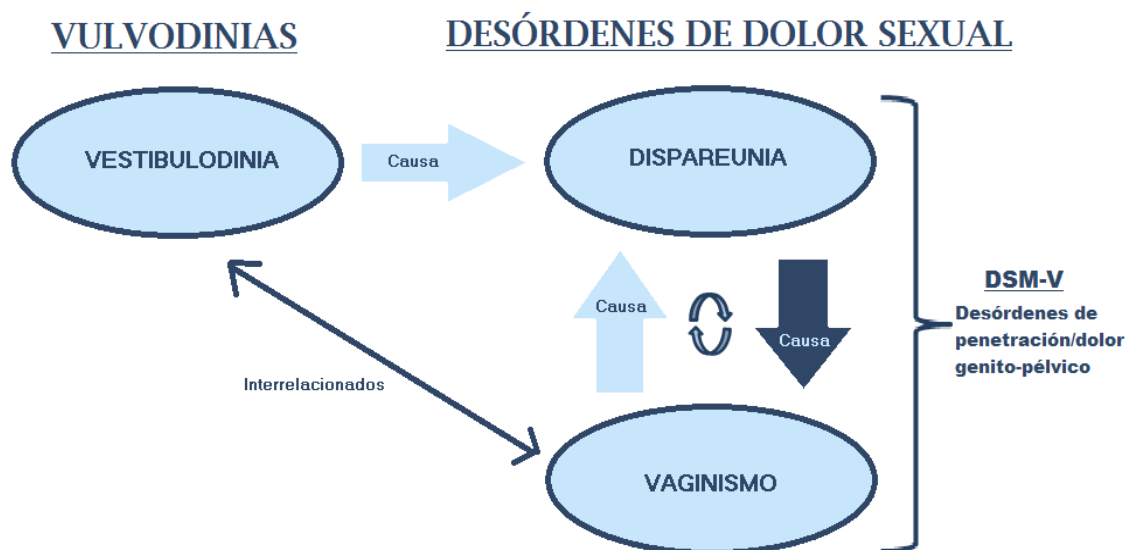
*Tabla I: Definición de dispareunia, vaginismo, vulvodinia y vestibulodinia.*

Condición	Características clínicas
<u>Dispareunia</u>	Dolor genital experimentado justo antes, durante o después del coito. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Superficial:</b> Dolor en la entrada de la vagina.</li> <li>• <b>Profunda:</b> Dolor en el fondo de la vagina.</li> </ul>
<u>Vaginismo</u>	Espasmo involuntario de los músculos del periné y el elevador, hipertonía, imposibilidad/dificultad de penetración, miedo al dolor. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Parcial:</b> Permite coito.</li> <li>• <b>Severo:</b> Impide coito.</li> <li>• <b>Primario:</b> Nunca experimentó penetración.</li> <li>• <b>Secundario:</b> Tras periodo de función sexual normal.</li> </ul>
<u>Vulvodinia</u> ↓	Dolor crónico en el área vulvar de al menos 3-6 meses de duración
<u>Vestibulodinia</u>	Dolor severo al tacto o intento de penetración vaginal, en el vestíbulo vulvar, con hallazgos físicos limitados a eritema vestibular.

<sup>iii</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

La relación entre vaginismo, vestibulodinia y dispareunia podría reflejarse en el siguiente esquema:

Gráfica I. Relación entre vaginismo, vestibulodinia y dispareunia<sup>iv</sup>.



Es decir, que por un lado hay estudios que muestran superposición entre vaginismo y VDP<sup>v</sup>, ya que todas las mujeres con VDP<sup>v</sup> cumplen los criterios de vaginismo parcial<sup>18</sup>. Además, el vaginismo es difícil de separar clínicamente de la dispareunia, ya que puede ocurrir secundario a ésta o acompañarse de la misma. Por otro lado, desórdenes vaginales como el vaginismo, y desórdenes vulvares como la VDP<sup>v</sup>, pueden ser causantes de dispareunia<sup>19</sup>. Así, la relación entre los desórdenes de dolor sexual (dispareunia y vaginismo) se ha descrito como un círculo vicioso<sup>17</sup>.

### 1.1.2 Epidemiología y factores de riesgo

La epidemiología del vaginismo no es fácil de determinar, debido en gran parte a las diferencias metodológicas y a la relativa juventud de este ámbito de estudio. Además, existen diferencias en cuanto a la definición de función sexual normal y anormal, y de las diferentes disfunciones sexuales. La prevalencia de los problemas sexuales (desorden de deseo sexual, desorden de excitación sexual, desorden orgásmico y desórdenes de dolor sexual) en mujeres está en alrededor de un 40% de la población general, de las cuales un 12-22% sufre además distrés asociado a estos problemas<sup>20</sup>. En cuanto a la prevalencia de los problemas sexuales relacionados con el dolor, la del vaginismo está entre menos del 1% y el 6% de la población general, y entre un 12 y un 30% de la población que acude a clínicas de disfunción sexual<sup>3, 6, 17, 20</sup>.

<sup>iv</sup> DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 4ª versión.

<sup>v</sup> VDP: Vestibulodinia provocada.

Se ha observado que la prevalencia aumenta en las mujeres con problemas de salud, con un bajo nivel educativo tanto de ella como de su pareja, con un bajo status económico, con estrés o problemas emocionales, que padecen o han padecido síntomas del tracto urinario e infecciones genitales, con muchos partos e hijos, desempleadas, que viven en un área rural, que son parte de un matrimonio concertado y/o con falta de información sobre sexo<sup>20, 21</sup>. Además, los antecedentes de abuso sexual en diferentes formas son un factor de riesgo para desarrollar vaginismo<sup>6</sup>.

### 1.1.3 Etiología y fisiopatología

El vaginismo es una respuesta física consistente en espasmo involuntario de los músculos del introito que se produce como reacción a un estrés fisiológico, si bien se ha señalado recientemente su naturaleza multifactorial<sup>17</sup>. Tanto éste como la dispareunia pueden conceptualizarse a través de un modelo biopsicosocial en el que los factores físicos<sup>8, 17</sup>, psicológicos<sup>4, 10, 17</sup> y sociales<sup>4, 17</sup> interactúan para desarrollar y mantener estos desórdenes y su sintomatología<sup>17</sup>.

Tabla II. Factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento del vaginismo y la dispareunia.

FACTORES FÍSICOS/FISIOLÓGICOS	FACTORES PSICOLÓGICOS	FACTORES SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anormalidades en el himen.</li> <li>• ITS.</li> <li>• Atrofia vaginal.</li> <li>• Lesiones directas.</li> <li>• Estresores posturales.</li> <li>• VDP.</li> <li>• Disfunción de los MSP:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ↑ tono muscular y actividad de reposo.</li> <li>○ Baja capacidad de relajación tras la contracción.</li> <li>○ ↑ de respuestas contráctiles al dolor.</li> <li>○ ↓ de extensibilidad de los tejidos de la apertura vaginal.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; calidad de vida y bienestar físico y emocional.</li> <li>• Síntomas de depresión y ansiedad.</li> <li>• Auto-esquema sexual negativo.</li> <li>• Cogniciones negativas sobre la penetración vaginal.</li> <li>• Imagen corporal negativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos de pareja.</li> <li>• Antecedentes de abuso sexual y físico.</li> <li>• Escaso conocimiento sexual.</li> </ul>

ITS: Infecciones de transmisión sexual. VDP: Vestibulodinia provocada. MSP: Músculos del suelo pélvico.

Wróbel et al.<sup>4</sup> dicen que el vaginismo es la expresión pélvica de una postura de defensa muscular más general, asociada con una variable actitud fóbica hacia la intimidad coital. Según su publicación, se trataría de un mecanismo psicossomático, en

el cual se manifiesta un estado emocional/psicológico a través de una respuesta física muy concreta.

Para Faubion et al.<sup>22</sup>, dado que los miembros inferiores, caderas, abdomen, pelvis y columna son una cadena cinética conectada, cualquier disfunción en esta cadena podría causar sobrecompensación y disfunción de otros de la misma. Afirman que a veces el dolor en el periné viene referido de órganos viscerales y viceversa, y sugieren que los síntomas viscerales podrían asociarse a los musculares a través de la sensibilización central o periférica y el descenso de los umbrales nociceptivos, resultando en una sobrerregulación neuropática, hipersensibilidad y alodinia.

### 1.1.4 Diagnóstico y evaluación

En pacientes con vaginismo, el diagnóstico médico y pronóstico debe hacerse basándose en tres variables<sup>11</sup>:

1. Intensidad de la actitud fóbica (leve, moderada, severa) hacia la penetración.
2. Intensidad de la hipertoniía de SP<sup>vi</sup>.
3. Problemas personales, relacionales o psicosexuales coexistentes.

Además, es recomendable concretar el diagnóstico en vaginismo total o parcial. Ambos están fuera del control de la mujer y se acompañan de dolor urente<sup>18</sup>.

Sin embargo, según el DSM-5<sup>vii</sup>, las investigaciones diagnósticas en este campo coinciden en dos asuntos: 1) espasmo muscular no es una definición adecuada como para ser característica de vaginismo, 2) el vaginismo, la dispareunia superficial o de penetración y el síndrome de vestibulitis vulvar definidos en el DSM-IV<sup>viii</sup> no pueden ser fiablemente diferenciados. Por lo tanto, los criterios actuales de diagnóstico de vaginismo no se pueden justificar empíricamente. El DSM-5<sup>vii</sup> propone crear un diagnóstico multidimensional más amplio llamado *desorden de penetración/dolor genitopélvico* (Tabla III), que incluiría a la mayoría de mujeres diagnosticadas actualmente de dispareunia y vaginismo. Para ello, las mujeres que se quejen de dificultades con la penetración vaginal se valorarían en 5 dimensiones: 1) porcentaje de éxito de penetración vaginal, 2) dolor con la penetración vaginal, 3) miedo de la penetración vaginal o de dolor genito-pélvico durante la penetración vaginal, 4) disfunción de los MSP<sup>ix</sup>, 5) comorbilidad médica<sup>18</sup>.

---

<sup>vi</sup> SP: Suelo pélvico.

<sup>vii</sup> DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 5ª version.

<sup>viii</sup> DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 4ª versión.

<sup>ix</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

Tabla III. Criterios diagnósticos del desorden de penetración/dolor genito-pélvico<sup>18</sup>

<p><b>A. Dificultades recurrentes o persistentes durante 6 o más meses con al menos uno de los siguientes aspectos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Incapacidad de tener coito/penetración vaginal en al menos el 50% de intentos.</li><li>2. Dolor genito-pélvico marcado durante al menos el 50% de los intentos de coito/penetración vaginal.</li><li>3. Miedo marcado al dolor del coito/penetración vaginal o genito-pélvico durante el coito/penetración en al menos el 50% de intentos de coito/penetración vaginal</li><li>4. Tensión o contracción marcada de los MSP durante el intento de coito/penetración vaginal en al menos el 50% de las veces.</li></ol> <p><b>B. La perturbación causa distrés marcado o dificultad interpersonal.</b></p>
---

MSP: Músculos del suelo pélvico

Los pasos a seguir durante la valoración de fisioterapia del vaginismo son los descritos a continuación. En el *Anexo I* se especifican las indicaciones más importantes para cada uno de ellos, y en el *Anexo II* los hallazgos comunes en mujeres con vaginismo<sup>3, 5, 8, 22, 23, 24</sup>.

- Historia médica y anamnesis.
- Educación sobre la anatomía del SP<sup>x</sup>.
- Evaluación y valoración gruesa de postura, marcha, comportamiento y movilidad y fuerza general.
- Valoración de abdominales y caderas.
- Examen visual de periné y vulva.
- Valoración de la sensibilidad vulvar.
- Valoración del comportamiento muscular ante contracciones repetidas.
- Palpación externa de los MSP<sup>xi</sup>.
- Examen intravaginal unidigital.
- Evaluación del tono muscular del SP<sup>x</sup>, de los puntos gatillo y del dolor.
- Valoración de la fuerza muscular.
- Cuantificación del problema.

### 1.1.5 Tratamiento

El tratamiento médico incluye el uso de agentes tópicos u orales, que generalmente son anestésicos, analgésicos, relajantes musculares y/o antiinflamatorios<sup>8, 25</sup>. Si tras administrar otros tratamientos, como la fisioterapia, no se obtienen resultados, y la paciente lo tolera, también se pueden administrar inyecciones en los puntos gatillo, principalmente de bloqueantes nerviosos, anestésicos locales, corticoesteroides y toxina botulínica A<sup>8, 11, 22, 26</sup>. Además, dependiendo de la intensidad

<sup>x</sup> SP: Suelo pélvico

<sup>xi</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico

de la actitud fóbica, la ansiedad y la excitación general pueden reducirse con tratamiento farmacológico<sup>11</sup>.

Otra opción es la cirugía, con buenos resultados en mujeres que tienen vulvodinias concomitantes. La más típica es la vestibulectomía (extirpación de diferentes áreas del vestíbulo) o la vestibulectomía modificada (extirpación sólo de las áreas dolorosas)<sup>26</sup>. Collier et al.<sup>6</sup> consideran que la cirugía no está indicada en el vaginismo, ya que creen que es una patología psicosomática sin lesión anatómica existente.

En cuanto a la terapia psicológica, en el vaginismo generalmente se aplican terapias cognitivo-conductuales, aunque se pueden llevar a cabo otras intervenciones como la terapia de pareja tradicional o seminarios educacionales. Estas terapias muestran grandes mejoras, y junto con la fisioterapia constituyen tratamientos muy prometedores, reforzando así la necesidad de un enfoque biopsicosocial de esta patología<sup>26</sup>. El objetivo es desensibilizar a la mujer de su pánico al dolor y ayudarla a conseguir un sentido de control sobre el encuentro sexual y/o el examen pélvico, proporcionándole tranquilidad y seguridad<sup>3</sup>.

Las terapias físicas incluyen la desensibilización con dilatadores (grandes éxitos, también a largo plazo), la estimulación eléctrica (mejoras en dolor y función sexual), biofeedback electromiográfico, la terapia manual (liberación miofascial, masaje, manipulación articular, movilización visceral, movilización neural), el ejercicio terapéutico (incluyendo programas domiciliarios) y programas de fisioterapia combinada<sup>5, 26</sup>. El objetivo en un principio es que las mujeres aprendan a relajar los MSP<sup>xii</sup>, que están hipertónicos. Después es preciso hacer un trabajo de fuerza y resistencia para mejorar su debilidad<sup>22, 23</sup>. Sin embargo, no hay estudios que determinen cuál de estas terapias es la más efectiva, sea por separado o junto con otras.

Otros tratamientos, como la acupuntura, también dan buenos resultados en cuanto a la función sexual y el bienestar<sup>26</sup>. En cuanto al fortalecimiento de los MSP<sup>xii</sup>, se ha visto que las bolas vaginales son también muy efectivas, y que actividades como la danza del vientre, aún sin implicar una contracción voluntaria de estos músculos, consiguen mejorarla<sup>27, 28</sup>.

Actualmente, no existe evidencia de que ninguna terapia sea totalmente efectiva en sí misma, se recomienda juntar varias intervenciones en función de cada

---

<sup>xii</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.



paciente, incluyéndola así en un enfoque multidisciplinar que implique un abordaje fisioterapéutico, médico, psicológico y, a ser posible, sexológico<sup>6, 25</sup>. Si el profesional no tiene capacidad de realizar este abordaje, siempre puede y debe abrir el diálogo sobre la sexualidad con sus pacientes. Algunas cuestiones abiertas simples, empatía y escucha son cosas simples a introducir en las consultas<sup>6</sup>. Es muy importante proporcionar a las mujeres educación sobre la anatomía y función del SP<sup>xiii</sup>, pues éstas no suelen estar familiarizadas con este tema<sup>22</sup>.

## 1.2 Generalidades del trabajo

### 1.2.1 Tipo de trabajo seleccionado

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica.

### 1.2.2 Motivación personal y justificación del trabajo

La motivación personal para realizar este trabajo nace de un interés particular de la autora en las clases de Fisioterapia abdómino-pelvi-perineal. Es destacable el hecho de que en este campo se estudien mucho más las disfunciones causadas por hipotonía del SP<sup>xiii</sup> que por hipertonía. Las disfunciones de los MSP<sup>xiv</sup> por hipertonía están claramente vinculadas a la disfunción sexual, lo cual genera distrés y sufrimiento en las mujeres, influyendo negativamente en su bienestar<sup>10</sup>. Los estudios cualitativos de Reissing et al.<sup>29</sup> y Mackenzie et al.<sup>30</sup> evidencian las consecuencias negativas a nivel de salud mental, autoestima y relación de pareja, entre otros aspectos. Este hecho da una idea de la magnitud del impacto no solo físico, sino también psicológico, de este tipo de patologías.

Este desorden está infrarreconocido e infratratado, a pesar de ser más frecuente de lo que se cree en clínica, como se ha señalado en el apartado de prevalencia. Los clínicos no le dan toda la importancia que tiene, subestimando en muchos casos el sufrimiento de las mujeres<sup>31</sup>. Con esta revisión de la literatura más reciente sobre el vaginismo se pretende dar visibilidad a un tema que para muchas mujeres es tabú, y profundizar en él, ya que actualmente no hay estudios que indiquen cuál es la mejor técnica para tratar las disfunciones de los MSP<sup>xiv</sup> relacionadas con dolor sexual. Se espera que esta revisión aporte una visión más clara de las últimas investigaciones sobre tratamientos fisioterápicos y su repercusión en estas pacientes.

---

<sup>xiii</sup> SP: Suelo pélvico.

<sup>xiv</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

## 2. Objetivos

- **OBJETIVO PRINCIPAL:**
  - Conocer la evidencia científica disponible sobre la eficacia del tratamiento fisioterápico del vaginismo.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
  - Identificar las técnicas más utilizadas para abordar la hipertonía de SP<sup>xv</sup> presente en el vaginismo.
  - Valorar el impacto de la fisioterapia en la función sexual en mujeres con vaginismo.

---

<sup>xv</sup> SP: Suelo pélvico.

## 3. Material y métodos

### 3.1 Pregunta de investigación

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se establece la siguiente pregunta de investigación: “¿Qué evidencia existe sobre la aplicación de técnicas de fisioterapia para el tratamiento del vaginismo?”. Las palabras clave son: *fisioterapia, vaginismo, suelo pélvico e hipertonia*.

### 3.2 Material y recursos utilizados

Para localizar la información científica sobre el tema de estudio anteriormente descrito, se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ámbito sanitario, es decir, en: *PubMed, PEDro, Cochrane* (versión original y traducción al español), *CINAHL* y *AMED*. También se incluyeron 2 bases de datos no especializadas: *Scopus, Web of Science*.

### 3.3 Estrategia de búsqueda

Primero se realizó una búsqueda con el objetivo de conocer revisiones previas sobre el tema en 2 bases de datos específicas de revisiones (*PEDro* y *Cochrane*) y en otra no específica (*PubMed*) para evitar lagunas en la búsqueda. La finalidad era conocer la evidencia actual sobre la temática abordada con el fin de adaptar este trabajo para aportar una nueva perspectiva sobre la misma. Esta búsqueda se realizó entre el 24 de febrero de 2016 y el 25 de febrero de 2016. Debido a la escasa bibliografía existente sobre el tema, se optó por abarcar los últimos 10 años. En el *Anexo III* se muestran los detalles acerca de dicha búsqueda, cuyos términos empleados fueron *physical therapy* o *physiotherapy, vaginismus, hipertonia* y *pelvic floor*.

Una vez visto el estado de la cuestión, se comprueba que ninguno de los resultados aporta una perspectiva fisioterapéutica del tratamiento del componente físico vaginismo de forma específica. Por lo tanto, se considera oportuno realizar una revisión desde esa perspectiva y se procede con la búsqueda de artículos. Las diferentes pesquisas se realizaron entre el 1 de abril de 2016 y el 17 de abril de 2016, tal y como se expresa a continuación. Se utilizaron como filtros el *año de publicación* (2006-2016) y el *idioma* (español, inglés, francés, italiano y portugués), y se buscó en título y resumen, tal y como se expresa a continuación. Los términos MeSH utilizados están descritos en el *Anexo IV*.

## **PUBMED**

((“Physical Therapy Modalities”[Mesh] OR “Physical Therapy Specialty”[Mesh] OR “physical therapy modalities”[tiab] OR “physical therapy specialty”[tiab] OR “physiotherapy”[tiab] OR “physiotherapies”[tiab] OR “physical therapy”[tiab] OR “physical therapies”[tiab] OR “physical therapy techniques”[tiab] OR “physical therapy technique”[tiab])) AND (“Dyspareunia”[Mesh] OR “Vaginismus”[Mesh] OR “vaginismus”[tiab] OR “sexual dysfunctions”[tiab] OR “dyspareunia”[tiab] OR “vulvar vestibulitis”[tiab])

((“Physical Therapy Modalities”[Mesh] OR “Physical Therapy Specialty”[Mesh] OR “physical therapy modalities”[tiab] OR “physical therapy specialty”[tiab] OR “physiotherapy”[tiab] OR “physiotherapies”[tiab] OR “physical therapy”[tiab] OR “physical therapies”[tiab] OR “physical therapy techniques”[tiab] OR “physical therapy technique”[tiab])) AND (“Muscle Hypertonia”[Mesh] OR “muscle hypertonia”[tiab] OR “hypertone”[tiab] OR “high tone”[tiab] OR “tone increased”[tiab] OR “hypertonicity”[tiab] OR “hypertonicities”[tiab] OR “hypermytonia”[tiab] OR “hypermiotonias”[tiab] OR “hypertonias”[tiab] OR “high tonus”[tiab] OR “high muscle tonus”[tiab] OR “muscle high tonus”[tiab])) AND (“Pelvic Floor”[Mesh] OR “Pelvic Floor Disorders”[Mesh] OR “Perineum”[Mesh] OR “pelvic floor”[tiab] OR “pelvic floor disorders”[tiab] OR “perin\*”[tiab] OR “pelvic diaphragm”[tiab] OR “pelvic diaphragms”[tiab])

**Tipo de búsqueda:** Avanzada.

## **PEDRO**

- “vaginismus”
- “dyspareunia”
- “pelvic floor” AND “hiperton\*”

**Tipo de búsqueda:** Avanzada.

**Parte del cuerpo:** Periné o sistema genito-urinario.

**Subdisciplina:** Continencia y salud de la mujer.

## **COCHRANE**

(“physiotherapy” OR “physical therapy”) AND (“vaginismus” OR “dispareunia” OR “vulvodynia”)

(“physiotherapy” OR “physical therapy”) AND (“pelvic floor” OR “perin\*”) AND (“high ton\*” OR “hyperton\*”)

**Tipo de búsqueda:** Multicampo.

## **SCOPUS**

( TITLE-ABS-KEY ( physiotherapy ) OR TITLE-ABS-KEY ( physical therapy ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( vaginismus ) OR TITLE-ABS-KEY ( dyspareunia ) OR TITLE-ABS-KEY ( vestibulodynia ) )

( TITLE-ABS-KEY ( physiotherapy ) OR TITLE-ABS-KEY ( physical therapy ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( high tone ) OR TITLE-ABS-KEY ( hyperton\* ) ) AND ( ( TITLE-ABS-KEY ( pelvic floor ) OR TITLE-ABS-KEY ( perin\* ) )

**Tipo de búsqueda:** Avanzada.

**Categoría:** “Ciencias de la salud”.

## **WEB OF SCIENCE**

(Tema: (physical therapy) OR Tema: (physiotherapy)) AND (Tema: (vaginismus) OR Tema: (vulvodynia) OR Tema: (dyspareunia))

(Tema: (physical therapy) OR Tema: (physiotherapy)) AND (Tema: (pelvic floor) OR Tema: (perin\*)) AND (Tema: (hyperton\*) OR Tema: (high tonus))

**Tipo de búsqueda:** Avanzada.

**Categoría:** Colección principal de Web of Science: “SCI-Expanded” y “SSCI”.

## CINAHL

TI physical therapy OR AB physical therapy OR TI physiotherapy OR AB physiotherapy AND TI vaginismus OR AB vaginismus OR TI dyspareunia OR AB dyspareunia OR TI vulvodinia OR AB vulvodinia

TI physical therapy OR AB physical therapy OR TI physiotherapy OR AB physiotherapy AND TI hypert\* OR AB hypert\* OR TI high tone OR AB high tone AND TI pelvic floor OR AB pelvic floor OR TI perin\* OR AB perin\*

**Tipo de búsqueda:** Avanzada.

**Tema:** Fisioterapia, enfermedades vulvares, dispareunia, terapia manual, resultados de tratamiento, dolor, periné y músculos del suelo pélvico.

## AMED

((physical therapi.ti. or physiotherapy.ab. or physical therapy.ab. or physiotherapy.ti.) and vaginismus.ab.) or vaginismus.ti. or dyspareunia.ab. or dyspareunia.ti. or vulvodinia.ab. or vulvodinia.ti.

(((((physical therapy.ti. or physical therapy.ab. or physiotherapy.ab. or physiotherapy.ti.) and pelvic floor.ab.) or pelvic floor.ti. or perin\*.ab. or perin\*.ti.) and hyperton\*.ab.) or hyperton\*.ti.) and high tone.ab. and high tone.ti

**Tipo de búsqueda:** Avanzada.

## 3.4 Criterios de inclusión y exclusión

### →CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudios que incluyan pacientes con vaginismo, sea independiente o relacionado con dispareunia o vestibulodinia.
- Estudios que impliquen el tratamiento fisioterápico del componente físico del vaginismo.
- Ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos.
- Estudios publicados en los últimos 10 años.
- Estudios publicados en castellano, inglés, francés, italiano o portugués.

### →CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Estudios que no especifiquen la patología de estudio.
- Estudios sobre vulvodinias o dispareunias que no incluyan al vaginismo.
- Estudios sobre hipertonía de SP<sup>xvi</sup> que no incluyan al vaginismo.
- Estudios que incluyan otras patologías de SP<sup>xvi</sup> (incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos e incontinencia fecal) sin incluir al vaginismo.
- Artículos de ponencias o conferencias.
- Resultados cuya temática difiriese de la de esta revisión.

<sup>xvi</sup> SP: Suelo pélvico.

- Resultados a cuyo texto completo no se pudiese acceder tras hacer las gestiones posibles para el acceso, incluyendo préstamo bibliotecario.

### 3.5 Nivel de evidencia y grados de recomendación

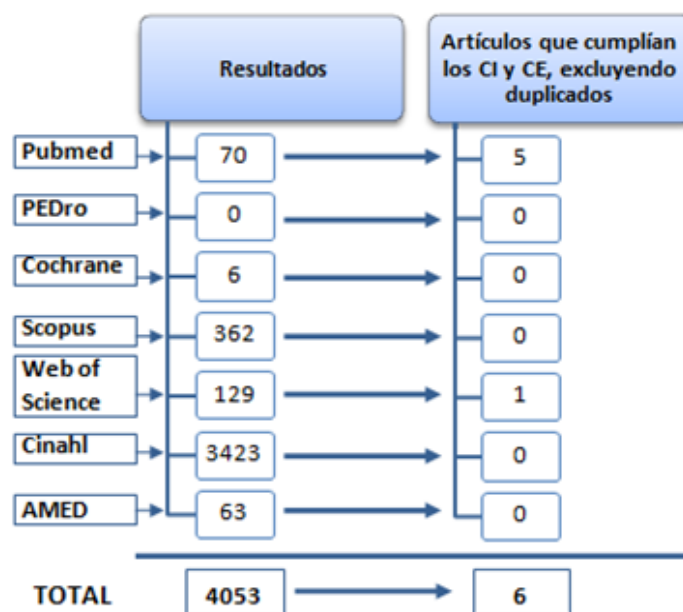
Los ensayos clínicos aleatorizados se evaluaron según la escala PEDro, tal y como se indica en la *Tabla IV*. Los otros tres estudios tienen un nivel de evidencia más bajo, y no pueden ser evaluados por esta escala al no ser ensayos clínicos aleatorizados.

*Tabla IV. Aplicación de la escala PEDro.*

AUTOR	AÑO	RESULTADO PEDRO
Aydin et al. <sup>32</sup>	2015	8/11
Murina et al. <sup>33</sup>	2008	9/11
Zoorob et al. <sup>34</sup>	2014	8/11

### 3.6 Diagrama de selección de resultados

*Gráfica II. Diagrama de selección de resultados*



CI: Criterios de inclusión. CE: Criterios de exclusión

### 3.7 Gestión de la bibliografía localizada

Para la elaboración de citas y referencias, se utilizó el gestor bibliográfico Zotero. Se utiliza el estilo Vancouver para elaborar la bibliografía y las referencias, con el objetivo de cumplir los criterios establecidos para la elaboración del presente trabajo.

## 4. Resultados

Tras analizar las búsquedas y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se han seleccionado un total de 6 artículos. El motivo del establecimiento de unos criterios de selección tan concretos, que derivaron en la obtención de un número reducido de estudios, fue el interés en crear una revisión más específica sobre el tema, ya que ninguna abarca de forma definida el abordaje fisioterápico del vaginismo. Aun así, los resultados obtenidos son muy heterogéneos, lo cual dificulta su clasificación y análisis posterior. A continuación, se exponen los datos obtenidos de cada uno de los estudios, y en el *Anexo V* se muestra un resumen de éstos.

### 4.4 Tipo de estudio

De todos los artículos seleccionados, 3 son ensayos clínicos aleatorizados, de los cuales uno es piloto y comparativo. Otros 2 artículos son estudios prospectivos no controlados. El estudio restante es prospectivo, controlado, no aleatorizado.

*Tabla V. Tipos de estudio analizados.*

ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS	ESTUDIOS PROSPECTIVOS NO CONTROLADOS	ESTUDIOS PROSPECTIVOS CONTROLADOS NO ALEATORIZADOS
Aydin et al. <sup>32</sup> Murina et al. <sup>33</sup> Zoorob et al. <sup>34</sup> → Piloto	Dionisi et al. <sup>35</sup> Goldfinger et al. <sup>36</sup>	Gentilcore-Saulnier et al. <sup>37</sup>

### 4.2 Variables y medición de las mismas

En la *Tabla VI* se expresa una relación entre las variables medidas en cada uno de los artículos y las mediciones empleadas:

*Tabla VI. Variables de estudio y medición de las mismas.*

ARTÍCULO	VARIABLES	MEDICIÓN
Aydin et al. <sup>32</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función sexual.</li> <li>• Valoración de los MSP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en la FSFI</li> <li>• Esquema PERFECT.</li> </ul>
Dionisi et al. <sup>35</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperestesia local.</li> <li>• Hipertono reactivo y puntos gatillo.</li> <li>• Dolor vulvar.</li> <li>• Dispareunia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cotton-swab test.</li> <li>• EMG y DAV.</li> <li>• EVA (0-10).</li> <li>• EVA (0-10)</li> </ul>
Murina et al. <sup>33</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función sexual.</li> <li>• Irritación y quemazón.</li> <li>• Dispareunia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en la FSFI</li> <li>• EVA y SF-MPQ</li> <li>• MDS</li> </ul>
Zoorob et al. <sup>34</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mialgia.</li> <li>• Sensación de mejora.</li> <li>• Función sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en la NRS-P</li> <li>• PGI-I</li> <li>• Mejora en la FSFI.</li> </ul>

<p><b>Goldfinger et al.</b><sup>36</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umbral de dolor vestibular.</li> <li>• Estado físico.</li> <li>• Dolor en el coito.</li> <li>• Función sexual.</li> <li>• Estima sexual.</li> <li>• Catastrofización del dolor.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Ansiedad ante el dolor.</li> <li>• Auto-graduación de mejora vulvar.</li> <li>• Satisfacción con el tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de dolor vestibular, gramos necesarios para evocar dolor y gramos necesarios para evocar dolor puntuado con al menos 4 en el QST.</li> <li>• Examen ginecológico.</li> <li>• Escala numérica 0-10 y porcentaje de coito doloroso.</li> <li>• FSFI, frecuencia de coito y número de intentos de coito mensuales.</li> <li>• SS-SE.</li> <li>• PCS.</li> <li>• CES-D.</li> <li>• STAI-T.</li> <li>• PASS-20.</li> <li>• Escala de 1 (cura completa) a 6 (el dolor es peor).</li> <li>• Escala 0-10.</li> </ul>
<p><b>Gentilcore-Saulnier et al.</b><sup>37</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad tónica de los MSP en reposo.</li> <li>• Niveles de intensidad de dolor a estímulo de presión.</li> <li>• Respuesta dolorosa de los MSP.</li> <li>• Tono de los MSP.</li> <li>• Flexibilidad de los MSP.</li> <li>• Relajación de los MSP.</li> <li>• Fuerza de los MSP.</li> <li>• Intensidad del dolor.</li> <li>• Incomodidad del dolor.</li> <li>• Impacto negativo percibido en calidad de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMG.</li> <li>• EMG y vulvalgesiómetro.</li> <li>• EMG.</li> <li>• Palpación digital: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tono: Escala 7 puntos de -3 (muy hipotónico) a 0 (normal) a +3 (muy hipertónico).</li> <li>○ Flexibilidad: Escala 0 (inserción de menos de un dedo) a 4 (dos dedos abducidos horizontalmente <math>\geq 2</math> cm).</li> <li>○ Relajación: Escala 0 (vuelta total a estado de reposo tras máxima contracción o relajación 100%) a 4 (mantenimiento en total contracción tras una contracción máxima o relajación 0%).</li> <li>○ Fuerza: Escala de Oxford modificada de 6 puntos, de 0 (no contracción palpable) a +5 (contracción fuerte).</li> </ul> </li> <li>• EVA.</li> <li>• EVA.</li> <li>• Escala 0 (no impacto)-10 (el peor impacto).</li> </ul>

*MSP: Músculos del suelo pélvico. FSFI: Female Sexual Function Index. EMG: Electromiografía. DAV: Distancia ano-vulvar. EVA: Escala visual analógica. SF-MPQ: Short Form of McGill-Mellzack Pain Questionnaire. MDS: Marinoff Dyspareunia Scale. NRS-P: Numeric Rating Scale-Pain. PGI-I: Patient Global Impression of Improvement. QST: Quantitative Sensory Testing. SS-SE: Sexual Esteem Subscale of the Sexuality Scale. PCS: Pain Catastrophizing Scale. CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale. STAI-T: State-trait Anxiety Inventory Trait Version. PASS-20: Pain Anxiety Syptoms Scale-20.*

Las medidas utilizadas consistieron en lo siguiente:

- **FSFI<sup>xvii</sup>**: Encuesta consistente en 19 preguntas que permiten la evaluación de dimensiones clave de la función sexual a través de sus 6 estructuras de dominio (deseo, excitación subjetiva, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Puntuaciones más altas indican una función sexual mejor, siendo la puntuación

<sup>xvii</sup> FSFI: Female Sexual Function Index



mínima 0.2 y la máxima 36.0. Por convenio, una puntuación total por debajo de 26.55 indica disfunción sexual, y puntuaciones de cada dominio por debajo de 3.6 significan función anormal en las respectivas áreas. Ha mostrado ser una medida fiable y validada de la función sexual femenina<sup>32, 34</sup>.

- **Esquema PERFECT:** Esta evaluación incluye el registro de la fuerza máxima contráctil voluntaria (P), la resistencia estática (E), la resistencia dinámica (R) y el número de contracciones rápidas (F). La P se puntúa de 0 (no contracción) a 5 (contracción contra fuerte resistencia), según el sistema de graduación de Oxford modificado. La E se puntúa midiendo el tiempo en segundos que una máxima contracción voluntaria puede mantenerse antes de que la fuerza se reduzca palpablemente. La R se registra como el número de veces que una contracción moderada se puede repetir antes de que la fuerza de contracción disminuya palpablemente. La F se puntúa contando las contracciones rápidas. “ECT” completa el acrónimo, recordando al examinador que mida el “tiempo de cada contracción” (“every contraction timed”). Ha demostrado fiabilidad y validez como herramienta de evaluación de los MSP<sup>xviii</sup> 32.
- **Cotton-swab test:** Forma de valoración que consiste en ejercer ligera presión entorno al vestíbulo con un algodoncillo o presión digital, buscando evaluar el área más dolorosa. En caso de hiperestesia el estímulo táctil, aplicado en un área disestésica, generará dolor por neuralgia secundaria. También se denomina *Q-tip test*<sup>35</sup>.
- **Electromiografía:** En el estudio de Dionisi et al.<sup>35</sup> se utilizó para evaluar el grado, simetría y fuerza de contracción y resistencia muscular.
- **Distancia ano-vulvar:** Es un parámetro objetivo, signo indirecto del hipertono del rafe mediano<sup>35</sup>.
- **EVA<sup>xix</sup>:** Escala para la valoración del dolor que va entre 0 y 10<sup>33, 35</sup>.
- **SF-MPQ<sup>xx</sup>:** Consiste en 11 preguntas sobre la dimensión sensorial del dolor experimentado y 4 relacionadas con la dimensión afectiva. Cada descriptor se clasifica en una escala de intensidad de 4 puntos (0=nada, 1=leve, 2=moderado, 3=severo)<sup>33</sup>.
- **MDS<sup>xxi</sup>:** Escala con puntuación de 0 a 3<sup>33</sup>.
- **NRS-P<sup>xxii</sup>:** Es una escala de 11 puntos validada que consiste en puntos que van de 0 a 10, siendo 0 “No dolor” y 10 “El peor dolor posible”. Los que responden marcan

---

<sup>xviii</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

<sup>xix</sup> EVA: Escala Visual Analógica.

<sup>xx</sup> SF-MPQ: Short Form of McGill-Mellzack Pain Questionnaire.

<sup>xxi</sup> MDS: Marinoff Dyspareunia Scale.

<sup>xxii</sup> NRS-P: Numeric Rating Scale-Pain.

el nivel de la intensidad del dolor experimentado mientras miran la escala. Tiene una amplia correlación con la EVA<sup>xxiii</sup>, pero permite calcular más fácilmente si ha habido un cambio de más del 50%<sup>34</sup>.

- **PGI-I<sup>xxiv</sup>**: Tanto el PGI-I<sup>xxiv</sup> como el PGI-S<sup>xxiv</sup> son valoraciones de una pregunta de severidad actual y de mejora general tras la intervención. Ambas se miden en una escala de 7 puntos, con puntuaciones más bajas indicando resultados más favorables<sup>34</sup>. Zoorob et al.<sup>34</sup> utilizaron el PGI-S<sup>xxiv</sup> en su estudio, pero sólo antes de empezar, para identificar las diferencias en la severidad del dolor entre ambos grupos antes del tratamiento.
- **Índice de dolor vestibular**: Se calcula haciendo la media de las intensidades de dolor proporcionadas en cada zona del vestíbulo en el Cotton-swab test<sup>36</sup>.
- **QST<sup>xxv</sup>**: Medición de umbral doloroso a la presión utilizando vulvalgesiómetros (aparatos mecánicos estandarizados que ejercen presiones de 3 a 950 g usando resortes). Se puntúa la intensidad del dolor en una escala de 0 (“No dolor”) a 10 (“El peor dolor posible”), así como la incomodidad. Las presiones se aplican hasta la intensidad moderada de dolor (4-6/10)<sup>36</sup>.
- **SS-SE<sup>xxvi</sup>**: La Sexuality Scale mide tres aspectos de la sexualidad humana (estima sexual, depresión sexual y preocupación sexual). La estima sexual se define como la valoración y confianza positivas en la capacidad de experimentar la sexualidad de no mismo de un modo satisfactorio y disfrutable<sup>36</sup>.
- **PCS<sup>xxvii</sup>**: Valora la “rumiación”, la magnificación y el sentimiento de impotencia. A participantes que no experimentan dolor se les otorga puntuación de 0<sup>36</sup>.
- **CES-D<sup>xxviii</sup>**: Es un cuestionario para evaluar la depresión de gran fiabilidad y validez entre personas con dolor crónico<sup>36</sup>.
- **STAI-T<sup>xxix</sup>**: Es un inventario psicológico que consiste en 40 ítems auto-valorados que se refieren a la ansiedad<sup>36</sup>.
- **PASS-20<sup>xxx</sup>**: Valora los comportamientos de evitación, aprehensión miedosa al dolor, ansiedad cognitiva y ansiedad fisiológica<sup>36</sup>.

### 4.3 Intervención

Si clasificamos los estudios según su intervención, en función del tipo de estudio, quedaría del siguiente modo:

---

<sup>xxiii</sup> EVA: Escala Visual Analógica.

<sup>xxiv</sup> PGI-I: Patient Global Impression of Improvement || PGI-S: Patient Global Impression of Severity

<sup>xxv</sup> QST: Quantitative Sensory Testing.

<sup>xxvi</sup> SS-SE: Sexual Esteem Subscale of the Sexuality Scale.

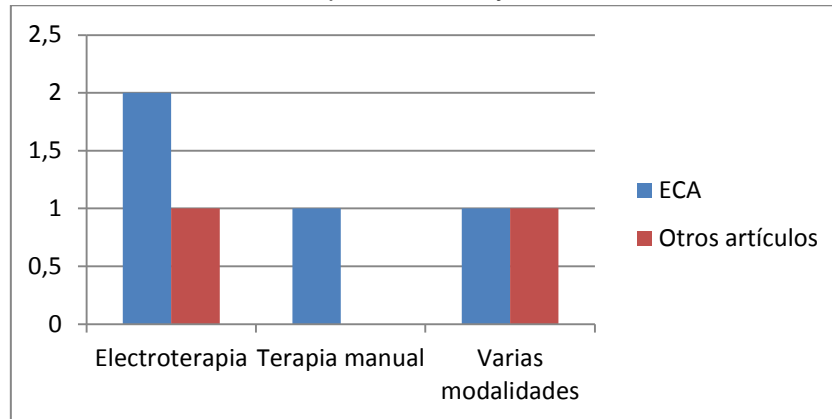
<sup>xxvii</sup> PCS: Pain Catastrophizing Scale.

<sup>xxviii</sup> CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale.

<sup>xxix</sup> STAI-T: Stait-trait anxiety inventory trait version.

<sup>xxx</sup> PASS-20: Pain Anxiety Symptoms Scale-20

Gráfica III. Relación entre el tipo de estudio y la intervención llevada a cabo.



ECA: Ensayos clínicos aleatorizados

## Electroterapia

Tres de los artículos estudiaron diferentes modalidades de electroterapia. Así, **Aydin et al.**<sup>32</sup> utilizaron la *estimulación eléctrica vaginal (EEV)*, aplicada en 42 mujeres con disfunción sexual (deseo, excitación, orgasmo o dolor), en su estudio. Su intervención consistió en 8 sesiones semanales de 20 minutos, suspendidas durante la menstruación. En el grupo de estudio se administró una corriente alterna de media frecuencia con una intensidad regulada según la tolerancia de la paciente, mientras que en el grupo control se mantuvieron 20 minutos sin aplicación de corriente. El grupo de estudio mejoró significativamente la fuerza, la resistencia, la resistencia dinámica y la velocidad de contracción tras el tratamiento, mientras que el grupo control sólo consiguió una diferencia significativa en la resistencia. La función sexual mejoró significativamente según la puntuación en la escala FSFI<sup>xxxi</sup>, si bien no se vio mejora significativa en el dominio de dolor de dicha escala. El grupo control se comportó de manera similar, aunque a diferencia del grupo de estudio, en éstos no hubo mejora significativa en el dominio de satisfacción de la escala.

En el estudio de **Dionisi et al.**<sup>35</sup> el tratamiento de fisioterapia consistió en 10 sesiones de 40 minutos aproximadamente, repartidos en 20 minutos de estimulación analgésica con *estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS)* en la modalidad de neuro-acupuntura y 20 minutos de *estimulación eléctrica funcional (EEF)* con corriente difásica o *biofeedback*, alternando ambos tratamientos. Contaron para ello con una muestra de 145 mujeres con vestibulitis vulvar manifestada como dolor vulvar, hiperestesia y dispareunia superficial de al menos 3 meses. Además, a las pacientes se les proporcionó *información* sobre el rol del SP<sup>xxxii</sup> en el mantenimiento del síndrome doloroso y se les enseñó un *programa domiciliar de estiramientos y ejercicios pélvicos*.

<sup>xxxi</sup> FSFI: Female Sexual Function Index.

<sup>xxxii</sup> SP: Suelo pélvico.

Un 75.8% de las pacientes experimentó una remisión total de la sintomatología dolorosa, la quemazón vulvar y la dispareunia; un 12% manifestó una reducción parcial de éstas, y un 12% no tuvo respuesta al tratamiento. Ninguna mujer mostró efectos colaterales.

En el estudio de **Murina et al.**<sup>33</sup> las 40 mujeres con vestibulodinia incluidas recibieron su tratamiento repartido en dos sesiones semanales de 30 minutos hasta un total de 20 sesiones. El tratamiento activo consistió en una estimulación eléctrica proporcionada por una unidad de *TENS*<sup>xxxiii</sup> siguiendo un protocolo de 15 minutos a 10 Hz seguidos de 15 minutos a 50 Hz. Al grupo control se le proporcionó una estimulación eléctrica considerada no activa. El grupo de estudio manifestó una mejora significativa de todas las variables, mientras que el grupo tratado con placebo no mostró cambios significativos. Estos valores se mantuvieron en una sesión de seguimiento realizada a los 3 meses de la intervención. La función sexual también mostró mejoras significativas, e incluso 15 de las 20 mujeres tratadas aumentaron su función sexual sobre el valor de la población general. De éstas, todas menos 3 mantuvieron valores altos en el seguimiento a los 3 meses, aunque con un leve empeoramiento.

### Terapia manual

**Zoorob et al.**<sup>34</sup> realizaron un tratamiento semanal de terapia manual en su estudio para compararlo con un tratamiento con inyecciones en los puntos gatillo del elevador del ano. Para ello, seleccionaron 29 mujeres con mialgia de SP<sup>xxxiv</sup> y dolor sexual que mostraban puntos gatillo miofasciales en el SP<sup>xxxiv</sup>, incomodidad vaginal crónica y dispareunia. La fisioterapia de SP<sup>xxxiv</sup> consistió en 3-10 sesiones de 60 minutos estiramiento intravaginal, maniobras de compresión y liberación de puntos gatillo/miofascial. Las inyecciones, por su parte, consistían en una mezcla de un esteroide (triamcinolona) y un anestésico local (bupivacaína) inyectada en 1-6 sesiones en hasta 4 zonas en cada paciente, introduciendo la aguja en el músculo a una profundidad de 1-2 cm. El número de sesiones varió en función de las necesidades de cada paciente. En ambos casos se solicitó a las pacientes que evitasen el uso oral de narcóticos y relajantes musculares sistémicos durante el estudio. Se produjo una mejora con ambos tratamientos, mayor cuanto más terapia fue administrada, pero el cambio no fue significativo en ningún grupo. El tiempo necesario para obtener mejoras fue mayor para el grupo de fisioterapia, pero en este grupo las mejoras fueron mayores.

<sup>xxxiii</sup> TENS: Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea.

<sup>xxxiv</sup> SP: Suelo pélvico.

En lo referido a la función sexual, ambos grupos mostraron también mejora, aunque el cambio en la puntuación total fue mucho mayor en el grupo que recibió fisioterapia. Al igual que en el resto de variables medidas, el número de sesiones necesarias para producir un cambio fue menor en el grupo que recibió inyecciones. Analizando la escala FSFI<sup>xxxv</sup> se vio que sólo mejoró significativamente el componente de dolor sexual, mientras que los demás campos se mantuvieron estables.

### Varias modalidades combinadas

Dos de los estudios optaron por utilizar varias modalidades de fisioterapia combinadas. **Goldfinger et al.**<sup>36</sup> seleccionaron 13 mujeres con VDP<sup>xxxvi</sup> que implicase hipertonia de los MSP<sup>xxxvii</sup>. Buscaban normalizar el estado de los MSP<sup>xxxvii</sup> y reducir el miedo a la penetración, por lo que prescribieron a sus pacientes ejercicios domiciliarios en función de sus necesidades, así como la inserción de un dilatador, aumentando el tamaño progresivamente, combinada con estiramientos de 2 minutos. Realizaron 8 sesiones de 60-75 minutos, que comenzaban hablando sobre el dolor y la adherencia al ejercicio, seguida de una serie de técnicas manuales intravaginales (liberación de puntos gatillo, masaje) que avanzaban de forma progresiva. A continuación realizaron ejercicios de los MSP<sup>xxxvii</sup> con biofeedback y electroestimulación. Se les recomendó usar técnicas respiratorias para conseguir la relajación y evitar la actividad sexual (o en caso de realizarla, que la intensidad dolorosa no pasase de 4/10) durante el tratamiento. Tras la intervención se les proporcionó un programa de mantenimiento al que se animaba que se adhiriesen. Se hizo un seguimiento post-tratamiento 1 y 3-4 meses después. Asimismo, se animó a sus parejas a acudir a una sesión sobre cómo realizar estiramientos manuales básicos, aplicables antes del coito, a la que acudieron 4 personas. El tratamiento se consideró un éxito para 10 de las 13 participantes al mejorar el dolor, la catastrofización del dolor y la ansiedad relacionada con el dolor. La función sexual también mejoró, y aunque no lo hizo en todos los componentes de la FSFI<sup>xxxv</sup>, sí en el componente de dolor. Además, se establecieron como predictores de mayor éxito un menor sentimiento de impotencia y un periodo más largo de tratamiento.

En el estudio de **Gentilcore-Saulnier et al.**<sup>37</sup> se buscaba normalizar el estado de los MSP<sup>xxxvii</sup>, disminuir el miedo a la penetración y la ansiedad, y mejorar el control muscular durante la penetración. Para ello, seleccionaron a 22 mujeres (11 con

---

<sup>xxxv</sup> FSFI: Female Sexual Function Index.

<sup>xxxvi</sup> VDP: Vestibulodinia provocada.

<sup>xxxvii</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

VDP<sup>xxxviii</sup> y 11 sanas que ejercieron de control) a las que se les aplicó un protocolo de tratamiento que incluía: movilización tisular, estiramientos de 30 segundos, técnicas de desensibilización, inserción de dilatadores de tamaño progresivamente creciente, ejercicios de MSP<sup>xxxix</sup> con biofeedback durante 10-15 minutos, electroestimulación muscular durante 6-10 minutos y prescripción de ejercicios domiciliarios. También comenzaban la sesión con una charla sobre los síntomas y la adherencia y animaban a sus pacientes a utilizar técnicas respiratorias para conseguir la relajación durante la intervención. Todo ello se realizó en 8 sesiones de 60-75 minutos. Tras el tratamiento, las participantes con VDP<sup>xxxviii</sup> mostraron una reducción del dolor ante las contracciones y la presión, así como una normalización de la actividad de los MSP<sup>xxxix</sup> superficiales y una mejora del tono, la flexibilidad y la fuerza de los MSP<sup>xxxix</sup>, de tal manera que estas pacientes no mostraban diferencias significativas con el grupo control al final del estudio en estos valores. El dolor en general, la incomodidad y el impacto percibido en la calidad de vida también mejoraron en la mayoría de participantes.

---

<sup>xxxviii</sup> VDP: Vestibulodinia provocada.  
<sup>xxxix</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico

## 5. Discusión

Tras el análisis de los estudios incluidos en la revisión se ha encontrado una gran heterogeneidad en los resultados, una importante superposición conceptual y una falta de acuerdo sobre las variables estudiadas y los métodos de medición de cada una de ellas. Por ello, se ha estructurado la discusión en los siguientes apartados:

- Definición y concepto de vaginismo.
- Prevalencia del vaginismo
- Tratamiento no fisioterápico del vaginismo.
- Resultados de los tratamientos utilizados.
- Impacto de la fisioterapia en la función sexual.
- Limitaciones del estudio.
- Recomendaciones.

### Definición y concepto de vaginismo

El concepto “vaginismo” sigue siendo objeto de discusión, y como tal dificulta su enmarcación y abordaje en los diferentes estudios. Aunque tradicionalmente estuvo considerado como una entidad diferente a la dispareunia, constituyendo entre los dos una categoría diagnóstica<sup>18</sup>, varios estudios mostraron que el diagnóstico diferencial entre ambos no es fiable debido a la significativa superposición existente<sup>9, 10</sup>. Es por eso que el DSM-5<sup>x1</sup> propuso una nueva categoría llamada “Desorden de penetración/dolor génito-pélvico” que abarcaría a ambas entidades<sup>9, 10</sup>. Sin embargo, la separación conceptual previa se mantuvo en varios estudios posteriores a la publicación del DSM-5<sup>x1</sup>, motivo por el cual esta revisión aborda al vaginismo como una entidad clínica en sí misma. Creo que la definición de dispareunia la sitúa más como síntoma que como patología, de tal manera que una consideración más correcta sería la de dispareunia como síntoma de patologías como el vaginismo o la vestibulodinia, que a su vez a menudo coexisten. Esto reduciría las dificultades diagnósticas y eliminaría la superposición entre dos entidades clínicas que, en realidad, podrían ser una.

### Prevalencia del vaginismo

Un aspecto llamativo es la elevada prevalencia de las disfunciones sexuales, pues un 40%<sup>20</sup> de afectadas supone que casi la mitad de las mujeres sufren desórdenes de deseo sexual, excitación sexual, orgasmo o dolor sexual. Es sorprendente que ante este dato existan tan pocas investigaciones al respecto, pues la

---

<sup>x1</sup> DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 5ª versión.

demanda de una intervención de salud en esta población es muy alta. Lo mismo sucede más concretamente con el vaginismo, cuya prevalencia alcanza hasta un 6%<sup>20</sup> de la población. Es necesario plantearse este tipo de patologías como un problema más de salud, y no restarles importancia, pues tienen un alto impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres que las padecen<sup>29, 30, 36</sup>.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que los problemas de salud de la mujer y/o de salud sexual no suelen hablarse abiertamente, hasta el punto de que estas pacientes generalmente tardan años en consultar a un especialista<sup>6</sup>. Tanto la salud femenina como la salud sexual han sido temas tabú y poco considerados por la ciencia durante mucho tiempo, y lo siguen siendo para muchas personas, lo que quizá tenga una cierta repercusión en los estudios epidemiológicos sobre estos temas. De ser así, la prevalencia de las disfunciones sexuales estaría infravalorada, representando éstas entonces un problema de salud pública mucho mayor de lo que ya se ha demostrado que es.

### Tratamiento no fisioterápico del vaginismo

El vaginismo se ha planteado por algunos autores<sup>4, 6</sup> como una disfunción de origen psicosomático en la que no existe lesión anatómica. Si bien parece existir una relación entre el estado psicológico de la persona y las manifestaciones físicas en estas mujeres, no se ha comprobado cuál de las partes comienza el círculo vicioso, ni si pueden hacerlo ambas en conjunto. Tampoco se ha comprobado si todos los vaginismos son iguales en este sentido o existen variantes (por ejemplo, vaginismo derivado de una lesión física que desencadena síntomas psicológicos que lo perpetúan vs. vaginismo resultante de una actitud fóbica hacia alguno de los elementos del acto sexual que deriva en una afección física). Es importante profundizar en estos aspectos, ya que a veces se desestiman tratamientos físicos<sup>6</sup> o se da prioridad a otras terapias bajo la hipótesis de una etiología psicológica que no se ha constatado. Así, por ejemplo, podría evitarse un tratamiento crónico con medicamentos que quizá sean innecesarios y que en ocasiones provocan efectos secundarios indeseados.

Por otra parte, las inyecciones de toxina botulínica A son una opción terapéutica muy utilizada<sup>6, 8, 11, 23, 25</sup>. Dado que esta sustancia inhibe al músculo sobre el que actúa, se plantea la cuestión de si ésta pudiera ser perjudicial como tratamiento para patologías del SP<sup>xii</sup>, ya que éste tiene funciones importantes de continencia, estabilidad y sostén<sup>1</sup> que de este modo no podría llevar a cabo correctamente. Es

---

<sup>xii</sup> SP: Suelo pélvico



necesario realizar estudios que analicen el impacto de esta terapia en este tipo de pacientes, para saber si los efectos positivos sobre la función sexual compensan los potenciales efectos negativos en las demás funciones.

### Resultados de los tratamientos utilizados

La discusión de los resultados se ha realizado en función de la terapia utilizada: la electroterapia, la terapia manual y la combinación de varios métodos terapéuticos.

Se ha hallado que diversas modalidades de **electroterapia** son efectivas en el tratamiento del vaginismo. Por una parte, la electroestimulación tendría potencial para mejorar la función sexual en mujeres con disfunción sexual femenina<sup>32</sup>, aunque su efectividad como terapia única no se ha podido demostrar. Sí ha demostrado mejorar el dolor y el hipertono muscular cuando se aplica conjuntamente con TENS<sup>xiii</sup> y biofeedback<sup>35</sup>. Por otra parte, el tratamiento sólo con TENS<sup>xiii</sup> consigue mejoras en la función sexual y en el dolor a corto plazo<sup>33</sup>. Aunque el estudio de Dionisi et al.<sup>35</sup> es el que cuenta con una muestra más amplia y al mismo tiempo más homogénea, es el único de los tres que no se trata de un ensayo clínico aleatorizado, por lo que su nivel de evidencia es menor. Además, no se han comprobado los efectos de una terapia realizada sólo con biofeedback y TENS<sup>xiii</sup>, sin electroestimulación, por lo que no se puede afirmar que ésta pueda contribuir por sí sola a los resultados positivos, reforzando así las hipótesis planteadas por Aydin et al.<sup>32</sup> en su estudio. Sin embargo, en éste, las pacientes recibieron menos sesiones de tratamiento y más cortas, por lo que sería necesario plantearse si este es el factor que influye en no encontrar mejoras estadísticamente significativas en el dolor con electroestimulación.

En estos estudios también es importante tener en cuenta a qué población representa la muestra seleccionada. Aydin et al.<sup>32</sup> incluyeron mujeres que tuviesen disfunción sexual, incluyendo así mujeres con vaginismo, dispareunia o disfunciones sexuales de otro tipo. En el estudio de Dionisi et al.<sup>35</sup> seleccionaron a mujeres con dispareunia superficial y diagnosticadas de vestibulodinia, pero incluyeron como criterios de inclusión el hipertono reactivo del SP<sup>xliii</sup>, los puntos gatillo musculares y el DAV<sup>xliiv</sup> <25 mm, con lo cual estos resultados se pueden extrapolar a mujeres con vaginismo al presentar un cuadro clínico similar. Murina et al.<sup>33</sup> seleccionaron mujeres diagnosticadas con vestibulodinia, sin hacer alusión al vaginismo ni en los criterios de inclusión ni en los de exclusión. Debido al alto grado de concomitancia entre vaginismo y vestibulodinia, en este estudio podrían estar implicadas mujeres con vaginismo,

<sup>xiii</sup> TENS: Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea.

<sup>xliii</sup> SP: Suelo pélvico

<sup>xliiv</sup> DAV: Distancia ano-vulvar.

motivo por el cual se seleccionó para este trabajo. Sin embargo, tampoco hay información que indique que había mujeres con vaginismo incluidas en su muestra ni se hace alusión directa al estado de los MSP<sup>xlv</sup>, por lo que no se puede asegurar un cierto grado de correlación en mujeres con vaginismo. Por lo tanto, el estudio que más se adapta a la situación de las mujeres con vaginismo es el de Dionisi et al.<sup>35</sup>

La **terapia manual** reduce el dolor y mejora la función sexual, aunque requiere de al menos 7 semanas para obtener resultados, mientras que la administración de inyecciones en puntos gatillo obtiene resultados con un tratamiento más corto<sup>34</sup>. No obstante, estos son mejores y más duraderos en el grupo de fisioterapia<sup>34</sup>. Se necesitarían más artículos recientes que evalúen los efectos de la terapia manual en mujeres con vaginismo para afirmar con contundencia que tiene efectos beneficiosos en el tratamiento del vaginismo. Además, hay que tener en cuenta que en este estudio la muestra no incluye únicamente mujeres diagnosticadas de vaginismo, sino que se basaron en la sintomatología asimilable a esta patología (dolor del SP<sup>xlvi</sup>, dispareunia y puntos gatillo miofasciales) para la selección de las pacientes.

La utilización de **varios métodos terapéuticos combinados** ha demostrado ser una efectiva opción de tratamiento en mujeres con vaginismo<sup>36, 37</sup>. Una terapia consistente en terapia manual, ejercicios de MSP<sup>xlv</sup> con biofeedback, electroestimulación, dilatadores vaginales y ejercicios domiciliarios mejora la dispareunia, la catastrofización del dolor y la ansiedad relacionada con el dolor, así como la función sexual general<sup>36</sup>. También mejoraría el estado de los MSP<sup>xlv</sup>, ya que este tipo de terapias llevan a una normalización del tono, una reducción del dolor y un aumento de la flexibilidad y la fuerza musculares<sup>37</sup>. Aunque los dos estudios analizados evalúan variables diferentes, ambos coinciden en que un abordaje terapéutico multimodal conduce a buenos resultados. Sin embargo, hay que tener en cuenta que ninguno de estos estudios se trata de un ensayo clínico aleatorizado, y por tanto su nivel de evidencia es más bajo. Asimismo, los hallazgos mostrados por ambos no son extrapolables a la totalidad de la población con vaginismo. Goldfinger et al.<sup>36</sup> estudiaron mujeres con VDP<sup>xlvi</sup>, pero excluyeron a aquéllas que no eran capaces de someterse a un examen ginecológico con espéculo, dejando fuera del estudio así a aquéllas con vaginismo severo. Por su parte, Gentilcore-Saulnier et al.<sup>37</sup> seleccionaron mujeres con VDP<sup>xlvi</sup> que habían sido sexualmente activas en el pasado, excluyendo así a aquéllas con vaginismo primario.

---

<sup>xlv</sup> MSP: Músculos del suelo pélvico.

<sup>xlvi</sup> SP: Suelo pélvico.

<sup>xlvi</sup> VDP: Vestibulodinia provocada.

Un hecho destacable del estudio de Goldfinger et al.<sup>36</sup> es que tras el tratamiento de fisioterapia mejoraron también las variables psicológicas (estima sexual, catastrofización del dolor, depresión, ansiedad, ansiedad ante el dolor). Esto plantea la cuestión de si las mejoras psicológicas se producen por la mejora física, de tal manera que se evidenciaría el impacto de la fisioterapia en el tratamiento de aspectos psicológicos a través de una vía física, o si, al contrario, la mejora física deriva de la mejora psicológica, lo cual reforzaría las teorías que plantean el vaginismo como una patología de origen psicológico.

Además, en vista de los resultados de los estudios analizados, a través del tratamiento fisioterápico del vaginismo se puede conseguir una mejora no sólo en la dimensión física sino también en la función sexual. Es un hecho que no debe pasarse por alto, pues existen estudios<sup>29, 30, 36</sup> que evidencian el impacto negativo de las disfunciones sexuales en la calidad de vida de las mujeres, por lo que para ellas es importante obtener resultados también en este aspecto.

### **Impacto de la fisioterapia en la función sexual**

A través de la fisioterapia se puede ejercer una influencia directa sobre la función sexual en mujeres que presentan disfunciones en este aspecto. Los cuatro artículos analizados<sup>32, 33, 34, 36</sup> que estudian la función sexual demuestran un impacto positivo sobre ésta tras la intervención de fisioterapia aplicada, sea ésta electroterapia<sup>32, 33</sup>, terapia manual<sup>34</sup>, o una combinación de varios métodos terapéuticos<sup>36</sup>. La principal diferencia entre estos artículos es que en el de Aydin et al.<sup>32</sup> la mejora general de la FSFI<sup>xlviii</sup> no deriva de la mejora en el dominio de dolor, mientras que en el de Zoorob et al.<sup>34</sup> y Goldfinger et al.<sup>36</sup> este dominio sí que mejora. En el estudio de Murina et al.<sup>33</sup> no especifican los resultados de cada dominio de la FSFI<sup>xlviii</sup>, sino que simplemente exponen los valores generales de esta escala antes y después del tratamiento. Dado que el vaginismo es un desorden de dolor sexual<sup>9, 10</sup>, quizá sería recomendable considerar como más efectivas, a este respecto, la terapia manual y la combinación de varios métodos terapéuticos, puesto que son éstas las que han demostrado mejorar de forma específica el dolor sexual como componente de la función sexual.

### **Limitaciones del estudio**

Tras analizar las revisiones consultadas para conocer el estado de la cuestión, hay que destacar que la mayoría de bibliografía sobre fisioterapia en este campo tiene

---

<sup>xlviii</sup> FSFI: Female sexual function index.

un nivel de evidencia bajo, pues muchas examinan estudios que han sido descartados según los criterios de inclusión y exclusión de este trabajo. De hecho, incluso los artículos incluidos en esta revisión tienen una calidad metodológica no muy alta (ver *Tabla IV*).

Otro aspecto limitador es la baja especificidad de la muestra, ya que se han incluido pacientes con síntomas asimilables al vaginismo, pero sin el diagnóstico específico. Sería aconsejable establecer una definición clara, definitiva y universal del vaginismo, y separarlo de otros conceptos que suelen aparecer junto con éste, como la dispareunia y las diferentes vulvodinias. Una vez esté clara la delimitación de la patología, se podrán seleccionar muestras más específicas y se podrán elaborar estudios de mayor calidad metodológica, algo que también es necesario en este campo.

En definitiva, este trabajo se ha visto limitado por el escaso número de artículos que pudiesen ser realmente útiles para analizar el tratamiento de fisioterapia en el vaginismo, así como por la confusión conceptual existente.

## Recomendaciones

Es necesario realizar nuevos estudios de rigor metodológico y nivel de evidencia alto para poder establecer conclusiones más concretas sobre la eficacia del tratamiento fisioterápico del vaginismo

Sería recomendable profundizar en las diferentes técnicas fisioterápicas, tanto en conjunto como por separado, para conocer realmente su impacto en esta población. Asimismo, sería interesante realizar un artículo que evalúe una actuación más integral, puesto que se ha visto que determinadas posturas y actitudes posturales influyen claramente en la funcionalidad del SP<sup>xlix</sup> <sup>24</sup>, e incluso se ha hallado relación entre el estado del SP<sup>xlix</sup>, la cefalea tensional y ciertos problemas mandibulares (click ATM, bruxismo)<sup>35</sup>.

---

<sup>xlix</sup> SP: Suelo pélvico.

## 6. Conclusiones

Tras la realización de esta revisión bibliográfica podemos concluir que:

- Aunque existen algunos estudios que hacen referencia a la obtención de resultados positivos a corto plazo con la realización de un tratamiento fisioterápico en el vaginismo, la mayoría de la literatura revisada insiste en la necesidad de estudios controlados que avalen su eficacia en este campo. Los abordajes más efectivos, según la evidencia actual, serían la electroterapia (TENS<sup>1</sup> o TENS<sup>1</sup> combinado con biofeedback y electroestimulación), la terapia manual, y la combinación de varios métodos terapéuticos (terapia manual, electroterapia, inserción de dilatadores, ejercicios domiciliarios y en clínica).
- Las técnicas más utilizadas para el tratamiento del vaginismo son:
  - Electroterapia.
  - Terapias manuales: masaje, liberación miofascial y de puntos gatillo, estiramientos.
  - Terapia combinada: terapia manual, electroterapia, inserción de dilatadores, ejercicios domiciliarios y en clínica.
- La fisioterapia influye positivamente en la función sexual, que se encuentra afectada en mujeres con vaginismo.

---

<sup>1</sup> TENS: Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013
2. Ramírez, Blanco, Kauffmann. Rehabilitación del suelo pélvico femenino. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.
3. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* mayo de 2009;20 Suppl 1:S33-43.
4. Wróbel B. Current views on etiology, diagnosis and the treatment of pain connected with sexual intercourse at women. *Ginekol Pol.* enero de 2009;80(1):38-40.
5. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* octubre de 2014;28(7):977-90.
6. Collier F, Cour F. [How to manage a woman with a sexual complaint in clinical practice?]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol.* julio de 2013;23(9):612-20.
7. Liu H-L, Lee H-M, Chung Y-C. Dyspareunia and its comorbidities among Taiwanese women: analysis of the 2004-2010 Nationwide Health Insurance Database. *J Sex Med.* abril de 2015;12(4):1012-8.
8. Dhingra C, Kellogg-Spadt S, McKinney TB, Whitmore KE. Urogynecological causes of pain and the effect of pain on sexual function in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* octubre de 2012;18(5):259-67.
9. Lahaie M-A, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav.* agosto de 2015;44(6):1537-50.
10. Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry.* noviembre de 2014;27(6):406-12.
11. Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. En: *Standard practice in sexual medicine.* Blackwell Publishing; 2006. p. 342-50.
12. Nelson P, Apte G, Justiz R, Brismée J-M, Dedrick G, Sizer PS. Chronic female pelvic pain--part 2: differential diagnosis and management. *Pain Pract Off J World Inst Pain.* febrero de 2012;12(2):111-41.
13. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and

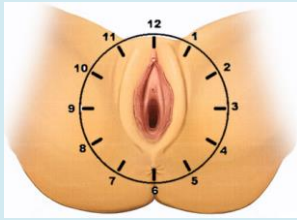
- Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med.* abril de 2016;13(4):607-12.
14. Kingdon J. Vulvodynia: a comprehensive review. *Nurs Womens Health.* febrero de 2009;13(1):48-57; quiz 58.
  15. Labat J-J, Riant T, Robert R, Watier A, Rigaud J. Chronic perineal pain. *Acta Endosc.* 2009;39:47-61.
  16. Andrews JC. Vulvodynia interventions--systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv.* mayo de 2011;66(5):299-315.
  17. Boyer SC, Goldfinger C, Thibault-Gagnon S, Pukall CF. Management of female sexual pain disorders. *Adv Psychosom Med.* 2011;31:83-104.
  18. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav.* abril de 2010;39(2):278-91.
  19. Revicky V, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia in gynaecological practice. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* junio de 2012;22(6):148-54.
  20. Palacios S, Castaño R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas.* 20 de junio de 2009;63(2):119-23.
  21. Erbil N. Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction Among Turkish Women Attending a Maternity and Gynecology Outpatient Clinic. *Sex Disabil.* diciembre de 2011;29(4):377-86.
  22. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc.* febrero de 2012;87(2):187-93.
  23. Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstet Gynecol.* marzo de 2013;121(3):645-50.
  24. Pastore EA, Katzman WB. Recognizing myofascial pelvic pain in the female patient with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG.* octubre de 2012;41(5):680-91.
  25. De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, Fabregat-Cid G, Villanueva-Perez VL, Monsalve Dolz V, et al. Vulvodynia--An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. *Pain Pract Off J World Inst Pain.* febrero de 2016;16(2):204-36.
  26. Al-Abbadey M, Lioffi C, Curran N, Schoth DE, Graham CA. Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther.* 17 de febrero de 2016;42(2):99-142.
  27. Abdel Karim M, Gallego Molina J, Gavilán Díaz M. Esferas vaginales: Función

- terapéutica. *Cult Los Cuid Ed Digit.* 2014;18(40):93-8.
28. Fleuri Jardim Pedroti A, Domingues de Freitas C, Leite Wuo L. Évolution de la force musculaire du plancher pelvien après exercices de type « danse du ventre ». *Kinésithérapie Rev.* enero de 2010;10(97):21-6.
  29. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(4):306-20.
  30. Mackenzie N. A phenomenological study of women who presented to a physiotherapy-led continence service with dyspareunia and were treated with trigger point massage. *Journal of the association of Chartered Physiotherapists in Women's Health.* 2009; 105: 24-39
  31. Macey K, Gregory A, Nunns D, das Nair R. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Womens Health.* 2015;15:49.
  32. Aydın S, Arıoğlu Aydın Ç, Batmaz G, Dansuk R. Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: a randomized study. *J Sex Med.* febrero de 2015;12(2):463-9.
  33. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* agosto de 2008;115(9):1165-70.
  34. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, et al. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecology J.* junio de 2015;26(6):845-52.
  35. Dionisi B, Anglana F, Inghirami P, Lippa P, Senatori R. [Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience]. *Minerva Ginecol.* diciembre de 2008;60(6):485-91.
  36. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med.* julio de 2009;6(7):1955-68.
  37. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med.* febrero de 2010;7(2 Pt 2):1003-22.



## ANEXOS

### Anexo I. Indicaciones para la valoración de fisioterapia en el vaginismo.

PARTES DEL PROCESO	INDICACIONES
<b>Historia médica y anamnesis</b>	Añadir cuestiones de función vesical e intestinal, salud menstrual y vaginal y función sexual, así como medicamentos que pudieran interferir en la vida sexual.
<b>Evaluación y valoración gruesa de postura, marcha, comportamiento y movilidad y fuerza general.</b>	Realizar en bipedestación, sedestación y decúbito supino. Buscar una posición en flexión que pudiese indicar debilidad de los músculos que estabilizan la espalda, requiriendo sobreuso de los MSP.
<b>Valoración de abdominales y caderas</b>	Valorar tono visceral, salud del tejido conectivo, movilidad pasiva de cadera.
<b>Examen visual de periné y vulva.</b>	La posición normal de reposo del cuerpo perineal es a la altura de las tuberosidades isquiáticas, ligeramente cefálico. Buscar cualquier hallazgo anormal.
<b>Valoración de la sensibilidad vulvar</b>	Usar el <i>test Q-tip</i> o <i>cotton swab test</i> y graduar percepción dolorosa de 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor posible).
<b>Valoración del comportamiento muscular ante contracciones repetidas</b>	Buscar debilidad o hipertonía.
<b>Palpación externa de los MSP</b>	Usar la técnica del reloj. 
<b>Examen intravaginal unidigital.</b>	Cambiar los guantes, proceder despacio y utilizar mucho lubricante. Palpar músculos (técnica del reloj), vejiga, uretra, soportes fasciales y recto.
<b>Evaluación del tono muscular del SP, los puntos gatillo y del dolor.</b>	-Estándar de oro: EMG de superficie. -Otra opción: Examen digital. El tono normal crea una superficie ligeramente cóncava y permite la inserción digital fácil y sin dolor.
<b>Valoración de la fuerza muscular</b>	Pedir a la paciente que apriete contra el dedo del examinador y que "eleve" el SP, sin contraer simultáneamente abdominales, glúteos o aductores. La disfunción sería si no hay suficiente fuerza como para apretar o sostener la contracción 5 segundos, o si experimenta sensibilidad/dolor muscular al aplicar presión. Se puede medir objetivamente con un manómetro vaginal o anal o con EMG. Completar valoración con escala Oxford modificada.
<b>Cuantificación del problema</b>	Escalas (FSFI, SFQ, FSDS...)

**MSP:** Músculos del suelo pélvico. **SP:** Suelo pélvico. **EMG:** Electromiografía. **FSFI:** Female Sexual Function Index. **SFQ:** Sexual Function Questionnaire. **FSDS:** Female Sexual Distress Scale .

## Anexo II. Hallazgos comunes en la valoración de fisioterapia

PARTES DEL PROCESO	HALLAZGOS COMUNES
<b>Evaluación y valoración gruesa de postura, marcha, comportamiento y movilidad y fuerza general, realizadas en bipedestación, sedestación y decúbito supino.</b>	Aumento de lordosis lumbar o cifosis dorsal (enrollamiento de hombros, cabeza adelantada), hiperextensión de rodilla, tensión muscular asociada (psoas ilíaco, piramidal, rotadores externos profundos de cadera, abdominales, aductores de cadera y/o cuadrado lumbar), anomalías en la distribución nerviosa, debilidad (abdominales, músculos de la corva, flexores de cadera, extensores de tronco, suelo pélvico), tensión visceral abdominal elevada.
<b>Valoración de abdominales y caderas</b>	Tensión en el abdomen, disminución de movilidad de caderas y aumento de tensión en las caderas
<b>Examen visual de periné y vulva.</b>	Elevación del cuerpo perineal, más cefálico a las tuberosidades isquiáticas. Cicatrices, lesiones, cambios en la piel.
<b>Valoración del comportamiento muscular ante contracciones repetidas</b>	Ausencia o descoordinación extrema de la relajación o descenso de los músculos. Contracción dolorosa o difícil Ausencia de movilidad.
<b>Palpación externa de los músculos del suelo pélvico</b>	Bandas tensas, puntos gatillo, dolor local o referido. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 y 11: Isquiocavernosos.</li> <li>• 2 y 10: Bulbocavernosos.</li> <li>• 4, 8, 5 y 7: Elevador del ano.</li> </ul>
<b>Examen intravaginal unidigital.</b>	Dolor a la palpación, puntos gatillo (puntuación dolorosa 3 o más sobre 10). <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 7 a 11 y de 1 a 5, en introito: Pubococcígeo.</li> <li>• De 4 a 8, más profundo: Iliococcígeo.</li> <li>• 10 y 2, craneal y lateral: Obturador interno.</li> <li>• 5 y 7: profundo: Coccígeos.</li> </ul>
<b>Evaluación del tono muscular del suelo pélvico, los puntos gatillo y del dolor.</b>	Dolor a la inserción digital. Cuerpo perineal metido hacia dentro, con concavidad aumentada. Tensión introital alrededor del dedo del examinador, y tensión o resistencia en los músculos.
<b>Valoración de la fuerza muscular</b>	Déficit de fuerza (sensibilidad/dolor a la presión o incapacidad de contraer o sostener la contracción 5 segundos).
<b>Cuantificación del problema</b>	Puntuaciones indicativas de disfunción.

Anexo III. Búsqueda de revisiones.

Base de datos	Tipo de búsqueda	Estrategia de búsqueda	Límites	Resultados
Pubmed	Avanzada	((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR "physical therapy modalities"[tiab] OR "physical therapy speciality"[tiab] OR "physiotherapy"[tiab] OR "physiotherapies"[tiab] OR "physical therapy"[tiab] OR "physical therapies"[tiab] OR "physical therapy techniques"[tiab] OR "physical therapy technique"[tiab])) AND ("Dyspareunia"[Mesh] OR "Vaginismus"[Mesh] OR "vaginismus"[tiab] OR "sexual dysfunctions"[tiab] OR "dyspareunia"[tiab] OR "vulvar vestibulitis"[tiab]))	-Fecha de publicación: Desde hace 10 años*	4
		((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR "physical therapy modalities"[tiab] OR "physical therapy speciality"[tiab] OR "physiotherapy"[tiab] OR "physiotherapies"[tiab] OR "physical therapy"[tiab] OR "physical therapies"[tiab] OR "physical therapy techniques"[tiab] OR "physical therapy technique"[tiab])) AND ("Muscle Hypertonia"[Mesh] OR "muscle hypertonia"[tiab] OR "hypertone"[tiab] OR "high tone"[tiab] OR "tone increased"[tiab] OR "hypertonicity"[tiab] OR "hypertonicities"[tiab] OR "hypermytonia"[tiab] OR "hypermyotonias"[tiab] OR "hypertonias"[tiab] OR "high tonus"[tiab] OR "high muscle tonus"[tiab] OR "muscle high tonus"[tiab])) AND ("Pelvic Floor"[Mesh] OR "Pelvic Floor Disorders"[Mesh] OR "pelvic floor"[tiab] OR "pelvic floor disorders"[tiab] OR "perin"[tiab] OR "pelvic diaphragm"[tiab] OR "pelvic diaphragms"[tiab]))		0
Cochrane	Multicampo	("Physical therapy" OR "physiotherapy") AND "vaginismus"	-Fecha de publicación: Desde el año 2006	1
		("Physical therapy" OR "physiotherapy") AND "pelvic floor" AND ("hypertonia" OR "hypertonus")		3
PEDro	Avanzada	"pelvic floor" AND "hypertonia"	-Body part: Perineum or genito-urinary system.	0
		"pelvic floor" AND "hypertonus"		0
		"vaginismus"	-Method: Systematic review.  -Published since: 2006	0

**Anexo IV.** Términos MeSH utilizados en la búsqueda de artículos.

<b>TÉRMINO MESH</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>“Physical Therapy Modalities”</b>	Therapeutic modalities frequently used in PHYSICAL THERAPY SPECIALTY by PHYSICAL THERAPISTS or physiotherapists to promote, maintain, or restore the physical and physiological well-being of an individual.
<b>“Physical Therapy Specialty”</b>	The auxiliary health profession which makes use of PHYSICAL THERAPY MODALITIES to prevent, correct, and alleviate movement dysfunction of anatomic or physiological origin.
<b>“Dyspareunia”</b>	Recurrent genital pain occurring during, before, or after SEXUAL INTERCOURSE in either the male or the female.
<b>“Vaginismus”</b>	Recurrent or persistent involuntary SPASM of the outer muscles of the VAGINA, occurring during vaginal penetration.
<b>“Muscle Hypertonia”</b>	Abnormal increase in skeletal or smooth muscle tone. Skeletal muscle hypertonicity may be associated with PYRAMIDAL TRACT lesions or BASAL GANGLIA DISEASES.
<b>“Pelvic Floor”</b>	Soft tissue formed mainly by the pelvic diaphragm, which is composed of the two levator ani and two coccygeus muscles. The pelvic diaphragm lies just below the pelvic aperture (outlet) and separates the pelvic cavity from the PERINEUM. It extends between the PUBIC BONE anteriorly and the COCCYX posteriorly.
<b>“Pelvic Floor Disorders”</b>	Injury, weakening or PROLAPSE of the pelvic muscles, surrounding connective tissues or ligaments (PELVIC FLOOR).
<b>“Perineum”</b>	The body region lying between the genital area and the ANUS on the surface of the trunk, and to the shallow compartment lying deep to this area that is inferior to the PELVIC DIAPHRAGM. The surface area is between the VULVA and the anus in the female, and between the SCROTUM and the anus in the male.

## Anexo V. Resumen de resultados

ARTÍCULO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	MUESTRA	VARIABLES DE ESTUDIO	MEDICIÓN VARIABLES
Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: a randomized study. <b>Aydin, 2014</b>	Ensayo clínico aleatorizado.	-Evaluar efectividad de EEV en mujeres con disfunciones sexuales sin un problema de SP predominante ni incontinencia urinaria.	42 mujeres : -EEV: 24 mujeres -Control: 18 mujeres	-Función sexual. -Valoración MSP	-FSFI -Esquema PERFECT
Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience. <b>Dionisi, 2008.</b>	Estudio prospectivo no controlado.	-Evaluar seguridad, tolerabilidad y eficacia de fisioterapia con biofeedback y TENS con electrodo intravaginal para tratar dolor e incomodidad vulvar en mujeres con vulvodinia.	145 mujeres	-Hiperestesia local. -Dispareunia. -Dolor vulvar. -Hipertono reactivo y puntos gatillo.	-Cotton-swab test -EVA -EVA -EMG y DAV.
Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. <b>Murina, 2008</b>	Ensayo clínico aleatorizado .	-Valorar la eficacia del TENS en el tratamiento de la vestibulodinia.	40 mujeres: -TENS:20 mujeres. -Placebo: 20 mujeres.	-Dolor -Función sexual	-EVA -SF-MPQ y FSFI
A pilot randomized trial of levator injections vs physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. <b>Zoorob, 2014</b>	Ensayo comparativo aleatorizado piloto.	-Determinar los efectos de la fisioterapia de SP e inyecciones dirigidas a puntos gatillo del elevador, en la función sexual y el dolor pélvico relacionado con el elevador.	29 mujeres: -Fisioterapia: 17 mujeres. -Inyecciones: 12 mujeres.	-Función sexual -Dolor -Sensación de mejora	-FSFI -NRS -PGI-I
A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. <b>Goldfinger, 2009</b>	Estudio prospectivo no controlado.	-Examinar la efectividad de una intervención de fisioterapia de SP en el tratamiento del dolor y los componentes sexuales y psicológicos de VDP, y determinar predictores de mayor éxito en el tratamiento.	13 mujeres.	-Umbral de dolor vestibular -Estado físico. -Dolor en el coito. -Función sexual. -Estima sexual. -Catastrofización del dolor. -Depresión. -Ansiedad. -Ansiedad ante el dolor. -Auto-graduación de mejora vulvar. -Satisfacción con el tratamiento.	-IDV, QST. -Examen ginecológico. -Escala 0-10 y % coito doloroso. -FSFI, frecuencia coito y nº intentos mensuales. -SS-SE. -PCS. -CES-D. -STAI-T. -PASS-20. -Escala 1-6. -Escala 0-10
Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. <b>Gentilcore-Saulnier, 2010</b>	Ensayo clínico controlado no aleatorizado.	-Determinar si mujeres con y sin VDP difieren en las medidas del comportamiento de los MSP. -Valorar el impacto del tratamiento de fisioterapia en mujeres con VDP en estas medidas.	22 mujeres: -Tratamiento: 11 mujeres. -Control: 11 mujeres.	-Actividad tónica y fásica de la musculatura en respuesta a un estímulo de presión doloroso. -Tono, flexibilidad, capacidad de relajación y fuerza.	-EMG de superficie -Valoración digital

EEV: Estimulación Eléctrica Vaginal. MSP: Músculos del suelo pélvico. FSFI: Female Sexual Function Index. EVA: Escala Visual Analógica. EMG: Electromiografía. DAV: Distancia ano-vulvar. TENS: Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea SF-MPQ: Short Form of McGill-Mellzack Pain Questionnaire. NRS: Numeric rating scale for pain. PGI-I: Patient Global Impression of Improvement. SP: Suelo pélvico. VDP: Vestibulodinia provocada. IDV: Índice de dolor vulvar. QST: Quantitative Sensory Testing. SS-SE: Sexual Esteem Subscale of the Sexuality Scale. PCS: Pain Catastrophizing Scale. CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale. STAI-T: State-trait Anxiety Inventory Trait Version. PASS-20: Pain Anxiety Symptoms Scale-20..

ARTÍCULO	INTERVENCIÓN	DURACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: a randomized study. <b>Aydin, 2014</b>	Sesiones semanales. -EEV: Corriente alterna MF (50 Hz), 5" on-5" off. Intensidad según tolerancia. -Control: 20 minutos a 0 mA.	-Sesiones: 8. -Minutos: 20	-Mejora FSFI en ambos grupos, sin cambios significativos en dolor ni lubricación en ninguno. -EEV mejoró fuerza, duración, resistencia dinámica y rapidez. Control solo resistencia.	Aunque EEV tiene potencial para mejorar la función sexual en la disfunción sexual femenina, su efectividad como monoterapia queda cuestionada.
Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience. <b>Dionisi, 2008.</b>	Estimulación eléctrica intravaginal efectuada con sonda endovaginal. Cadencia semanal. 20 minutos de TENS y 20 de EEV o biofeedback alternante.	-Sesiones: 10 de media. -Minutos: 40.	-Remisión de sintomatología dolorosa en un 75.8% de los casos. -En los restantes notable reducción del dolor y la dispareunia.	La relajación de los MSP con biofeedback y electro-analgésia ha demostrado ser eficaz en la mejora del dolor vulvar y la dispareunia en mujeres con vulvodinia.
Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. <b>Murina, 2008</b>	TENS activo o tratamiento placebo 2 veces por semana.	-Sesiones: 20. -Minutos: 30.	Mejora significativa de las tres medidas en TENS activo vs. placebo.	Este estudio sugiere que el TENS tiene beneficio significativo en el manejo de la vestibulodinia, al menos a corto plazo.
A pilot randomized trial of levator injections vs physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. <b>Zoorob, 2014</b>	-Inyección: Esteroides y mezcla de anestésicos locales, en hasta 4 puntos. -Fisioterapia: Masaje de SP, liberación de puntos gatillo. Evitación de estimulaciones eléctricas.	-Sesiones: 3-10 fisioterapia 1-6 inyecciones -Minutos: 60.	-FSFI y NRS dolor mejoraron más en fisioterapia (++) (FSFI), aunque el tiempo que tardan en mejorar es menor con inyecciones para la función sexual y el dolor. La mejora global no difirió entre los grupos de tratamiento.	Pocas diferencias en ambos grupos. La mejora es más rápida en el grupo de inyecciones, pero la mejora general es mayor en el de fisioterapia.
A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. <b>Goldfinger, 2009</b>	Charla sobre el dolor y adherencia, terapia manual, entrenamiento muscular con EMG y electroestimulación, dilatadores vaginales de tamaño creciente, prescripción de ejercicios casa, recomendación de no coito (o coito con EVA <4).	-Sesiones: 8. -Minutos: 60-75	-Umbral de dolor más altos, más bajos ratios de dolor en examen ginecológico. Reducción de intensidad de dolor en coito. Mejoró la función sexual en general, la catastrofización del dolor y la ansiedad relacionada con dolor. -Éxito para 10 de 13 participantes.	El estudio indica efectividad de la fisioterapia de SP en el tratamiento de la VDP. Se necesitan estudios aleatorizados, a gran escala, y en comparación y conjunto con otros tratamientos.
Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. <b>Gentilcore-Saulnier, 2010</b>	Terapia manual, biofeedback, estimulación eléctrica, inserciones de dilatadores y ejercicios en casa.	-Sesiones: 8. -Minutos: 60-75	-VDP >respuesta y tono, < flexibilidad y capacidad de relajación. -Postratamiento, en VDP hay una menor respuesta y tono, mejor flexibilidad vaginal y capacidad de relajación. Sin diferencias con las no VDP en estas medidas.	Las mujeres con VDP demostraron comportamiento de MSP alterado en comparación con controles. Un programa de fisioterapia que se dirige específicamente al SP normalizó su comportamiento en mujeres con VDP.

EEV: Estimulación eléctrica vaginal. FSFI: Female Sexual Function Index. TENS: Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea. EEV: Estimulación Eléctrica Funcional. MSP: Músculos del suelo pélvico. NRS: Numeric Rating Scale. EMG: Electromiografía. EVA: Escala analógica visual. VDP: Vestibulodinia provocada. SP: Suelo pélvico

