



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria de Trabajo de Fin de Grado

Diferentes abordajes para el tratamiento del vaginismo.

Olivia Collado Moll

Grado de Fisioterapia

Año académico 2019-20

DNI del alumno: 43211321 W

Trabajo tutelado por : Elisa Bosch Donate
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Palabras clave del trabajo:

Vaginismo, Modalidades de fisioterapia, Disfunción sexual fisiológica, Rehabilitación suelo pélvico, Toxina botulínica

Resumen

Introducción: El vaginismo es un dolor que se caracteriza por una contracción muscular involuntaria del suelo pélvico y del tercio externo de la vagina para evitar la penetración, por la experiencia de miedo o ansiedad. Se puede clasificar según su severidad y también por su historia o evolución. Existe poco conocimiento a nivel social y a nivel sanitario del mismo, el desconocimiento a nivel sanitario puede dar como resultado problemas en el diagnóstico o en el tratamiento. Apenas hay investigación sobre el vaginismo, a pesar de ser el 75,9% de las disfunciones sexuales femeninas, la finalidad de este trabajo es, por tanto, hacer una revisión de los actuales tratamientos para el vaginismo.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura actual sobre cuáles eran los tratamientos para el vaginismo. La búsqueda se efectuó en las siguientes bases de datos: PubMed, Web Of Science, LILACS, Cochrane y Pedro. Seleccionando artículos en inglés, castellano y portugués.

Resultados: Se obtuvieron 10 artículos en los que se exponían cuáles eran los tratamientos actuales. Se extrajeron diferentes resultados; los tratamientos actuales se pueden dividir en: tratamiento fisioterápico, tratamiento con toxina botulínica y otras intervenciones. Dentro del tratamiento fisioterápico entran diferentes técnicas como: terapia manual, concienciación corporal, uso de dilatadores o biofeedback entre otros.

Conclusión: Con los estudios obtenidos, se pudo concluir que las diferentes técnicas utilizadas en fisioterapia y la toxina botulínica, son los tratamientos utilizados en la actualidad y que parecen ser efectivos para el tratamiento del vaginismo. Los resultados deben ser interpretados de forma cautelosa pues el grado de recomendación de la revisión es D y el nivel de evidencia 2-, debido a los estudios seleccionados y a la escasez de evidencia e investigación en este campo.

Palabras clave

Vaginismo – Modalidades de fisioterapia – Disfunción sexual fisiológica – Rehabilitación suelo pélvico – Toxina Botulínica

Abstract

Introduction: Vaginismus is a pain characterized by an involuntary muscular contraction of the pelvic floor muscles and the external third of the vagina, trying to avoid penetration, due to the experience of fear or anxiety. It can be classified according to its severity and also, by its history or evolution. There is lack of knowledge about it on the society and the medical workers. This lack of knowledge in the health workers can result in several problems as bad diagnosis or even on the treatment. There is hardly any research on vaginismus despite being 75,9% of female sexual dysfunctions. The purpose of this study is, therefore, to review the current treatments for vaginismus.

Methods: It was made a review of the current literature focusing on what the treatments for vaginismus were. The search was carried out on the following databases: PubMed, Web Of Science, LILACS, Cochrane and Pedro. Selecting English, Spanish and Portuguese articles.

Results: 10 articles were selected in which the current treatments of vaginismus were exposed. The treatments can be divided into: physiotherapy treatment, botulinum toxin injections and other interventions. The physiotherapy ones include different techniques such as: manual therapy, body awareness, use of dilators or biofeedback among others.

Conclusions: With the obtained studies, it was possible to conclude that the techniques used in physiotherapy and botulinum toxin are the treatments currently used and that they seem to be effective for the treatment of vaginismus. The results should be interpreted cautiously because the grade of recommendation for this review is D and the level of evidence is 2- in the SIGN scale. This is caused by the lack of evidence and research in this field.

Keywords

Vaginismus – Physical therapy modalities – Sexual dysfunction physiological – Pelvic floor muscle training – Pelvic floor rehabilitation – Botulinum Toxin

Resumen	2
Abstract.....	3
1. Introducción	5
2. Objetivos	10
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	11
3.1 Pregunta clínica	11
3.2 Diseño del estudio	11
3.3 Fuentes de información	11
3.4 Límites	15
3.5 Criterios de elegibilidad.....	15
3.6 Calidad metodológica.....	15
3.7 Diagrama de búsqueda.....	17
4. Resultados	18
4.1 Muestra	18
4.2 Medidas de efectividad.....	18
4.3 Intervenciones.....	19
5. Discusión.....	24
5.1 Limitaciones:	29
6. Conclusiones	30
7. Bibliografía.....	31
8. Anexos.....	32
8.1 Tablas bibliométricas:.....	32
8.3 Calidad metodológica	42
8.2 Female Sexual Function Index	46

1. Introducción

El vaginismo es un dolor que se caracteriza por una contracción muscular involuntaria del suelo pélvico y del tercio externo de la vagina, para evitar la penetración por la experiencia de miedo o ansiedad. Afecta entre un 1-7% de la población mundial femenina. Y puede llegar a ser el 75,9% de las disfunciones sexuales femeninas (1-3).

Historia:

Es importante saber que, la terminología exacta para poder diferenciar las diferentes patologías que afectan a las relaciones sexuales y provocan dolor, no fue descrita hasta el año 1800, por lo que es relativamente reciente. Master y Johnson en 1970 lo describieron como un reflejo involuntario de la musculatura del suelo pélvico, que afecta a la libertad de la respuesta sexual de una mujer incluso impidiéndola, más tarde, Sims en 1981 lo describió como “cierre espasmódico involuntario de la vagina, con la capacidad para formar una barrera completa al coito”. El enfoque que se tenía de vaginismo era por tanto el de espasmo vaginal en el intento de las relaciones sexuales; mientras que actualmente se está tratando de pasar a un enfoque reconceptualizado, definiéndolo como la dificultad para permitir la penetración de un dedo, tampón, pene, espéculo o cualquier objeto en la vagina, aún con el deseo de la mujer de hacerlo. (3,4). Se trata entonces de desligar el término únicamente de la parte sexual e introducir el miedo y la evitación que sufre la mujer al experimentar el intento de penetración, ya sea de un pene, espéculo, dedo o dilatador. (5,6)

El vaginismo está definido también por el DSM-V (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders V Edition) y sus criterios diagnósticos son:

- A. Espasmo involuntario recurrente o persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con las relaciones sexuales
- B. La perturbación causa ansiedad
- C. La perturbación no se explica mejor por otro trastorno y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una condición médica.
- D. Especificar el tipo: De por vida / Adquirido, Generalizado /situacional, Factores psicológicos/ factores combinados.

Clasificaciones del vaginismo:

Puede clasificarse en primario o secundario. Primario es aquel en el cual la mujer es incapaz de mantener relaciones sexuales completas (*full intercourse*), y que por tanto, nunca las ha mantenido; en cambio el vaginismo secundario es aquel en el que la mujer sí ha sido capaz de mantener relaciones sexuales completas con anterioridad, sin dolor y en las cuales se ha sentido cómoda, pero que actualmente no es capaz. En estos casos puede asociarse también a Dispareunia. (7,8) Entendiendo como dispareunia el dolor reiterado o persistente durante las relaciones sexuales, pudiéndose dar tanto en hombres como en mujeres. (9).

También puede ser descrito como global o situacional. Global es aquel que ocurre independientemente de las circunstancias o de la pareja, mientras que el situacional es el que ocurre debido a alguna circunstancia concreta. (2)

Lamont en 1978 desarrolló una clasificación para evaluar la severidad del vaginismo, que se basaba en la historia de la paciente y en su comportamiento durante las exploraciones ginecológicas. Esta clasificación se divide en 4 estadios, siendo el grado 1 el más leve y el 4 el más severo. (10,11)

- 1: Espasmo de la musculatura del suelo pélvico que puede llegar a aliviarse y continuar con la exploración ginecológica.
- 2: Espasmo generalizado y mantenido, pero se permite la exploración ginecológica.
- 3: Espasmo de la musculatura del suelo pélvico y elevación de los glúteos con el fin de evitar la exploración ginecológica.
- 4: Espasmo de la musculatura del suelo pélvico, elevación de las nalgas, aducción de los muslos y retirada para evitar la exploración ginecológica.

Etiología:

Se planteaba que su origen era únicamente psicológico o fisiológico, pero en la fecha presente se sabe que se representa como una interacción compleja de diferentes factores, ya sean físicos, psicológicos, sociales o incluso culturales. Dentro de los factores sociales o culturales podemos tener razones religiosas estrictas, que pueden generar miedo frente a las primeras relaciones sexuales. Dentro de los factores psicológicos se asocian traumas, abusos sexuales o violencia doméstica entre otros. Pueden incluirse pensamientos negativos relacionados con las relaciones sexuales, como por ejemplo, que estas son dolorosas, que causarán dolor o sangrado, incluso que su vagina es demasiado pequeña. Todo esto puede convertirse en miedo y ansiedad que derivarán en una aversión y temor a las relaciones sexuales, lo que puede crear una respuesta anticipatoria frente a ese estímulo. (7,12)

La existencia de patología en el suelo pélvico como factor causal, se sigue discutiendo e investigando a día de hoy. Hay autores que exponen que puede existir un aumento en la actividad electromiográfica por parte de la musculatura del suelo pélvico como: elevador del ano, músculo puborrectal y músculo bulbocavernoso, sugiriendo así un desorden en el arco reflejo sacro, lo que provocaría un aumento de la reactividad del suelo pélvico. Además, en algunos casos se ha observado que el ciclo de recuperación de potencial evocado somatosensorial cortical y el reflejo bulbocavernoso, pueden ser hiperexcitables en mujeres con vaginismo. (6)

Otros estudios no pueden relacionar una patología en el suelo pélvico como factor causal, de modo que relacionan el espasmo a una respuesta de protección ante el estímulo de la penetración que se espera dolorosa, aunque la mujer la desee. Se puede hablar en cierto modo de neuroplasticidad; asociar la penetración ya sea con un dedo, tampón, pene o espéculo, con dolor o ansiedad, de forma que se crea una respuesta de protección, dando como resultado un espasmo vaginal que no permite la misma. (6)

Existe además poca conciencia social sobre el vaginismo o incluso sobre las disfunciones sexuales femeninas, lo que puede hacer que muchas mujeres se culpen, se sientan diferentes, excluidas o avergonzadas (3,13) . Se relaciona el vaginismo con niveles de estrés elevados y puede dar también problemas a la pareja (como impotencia o eyaculación precoz) (14) . Todo ello puede llevar a las mujeres que padecen vaginismo a una depresión o a una baja autoestima. También puede hacer que muchas mujeres que padecen vaginismo lo lleven en silencio. (8).

No tan solo la poca conciencia social agrava el problema, sino el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios, lo que hace que haya sesgos en el diagnóstico o no se le dé importancia, aumentando así la ansiedad, preocupación y sentimiento de incompreensión de las mujeres debido a que no son diagnosticadas y por tanto, no tienen acceso a tratamiento. (5,15).

La educación del vaginismo tiene un papel muy importante, pues es notable la falta de educación en los profesionales sanitarios lo que resulta en una incapacidad para diagnosticar y por ende tratar el vaginismo. Esto aumenta la confusión y desesperación de la paciente. La incapacidad de una mujer de tolerar una exploración ginecológica debería sugerir un posible diagnóstico de vaginismo y aun sabiendo que el término fue descrito hace 150 años aproximadamente, sigue sin ser diagnosticado de forma correcta. (5)

Los tratamientos que se han utilizado para el vaginismo son diversos, uno de los primeros fue el uso de los dilatadores, descrito por Sims en 1861 y que a día de hoy se sigue utilizando. Otros tratamientos utilizados son: la fisioterapia, con técnicas como el uso de biofeedback y ejercicios de concienciación entre otros. Y otras técnicas como uso de toxina botulínica, radiofrecuencia, tratamiento farmacológico e incluso hipnoterapia.

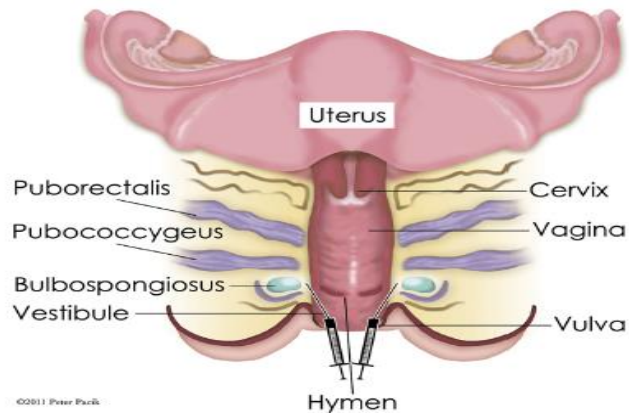


Figura 1. Inyecciones de Botox en el Bulboesponjoso

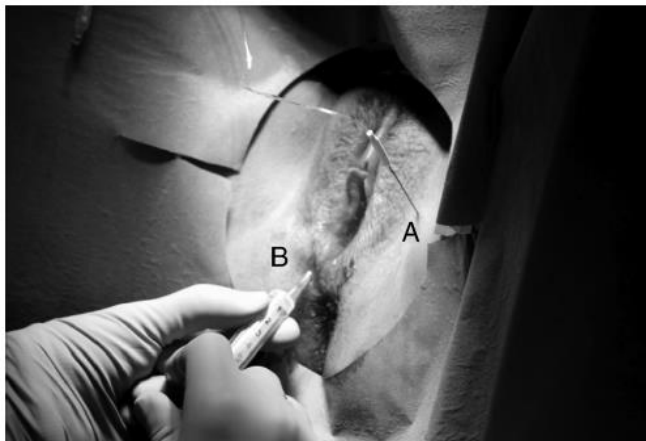


Figura 2.
 A. Aguja de radiofrecuencia, colocada yuxtapuesta al nervio pudiendo durante la emisión de una corriente eléctrica alterna.
 B. Infiltración con anestésicos

No existe una línea clara de tratamiento; la ausencia de un consenso para el tratamiento de vaginismo es la razón del presente estudio.

2. Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la efectividad de las técnicas actuales para el tratamiento del vaginismo.

Objetivo específico:

Determinar si se pueden utilizar como primera línea de tratamiento las intervenciones fisioterapéuticas.

Estudiar los efectos que tiene el tratamiento en la calidad de vida de las mujeres con vaginismo.

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

3.1 Pregunta clínica

Diferentes abordajes para el tratamiento de Vaginismo.

3.2 Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura actual centrada en los diferentes tratamientos del vaginismo y de cómo afectan a la mujer en su calidad de vida. Se obtuvieron un total de 10 estudios a revisar. Las tablas bibliométricas de cada uno de los estudios se encuentran en el [anexo](#).

3.3 Fuentes de información

Para poder responder a la pregunta planteada, se efectuó una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, Web Of Science (WOS), LILACS, Cochrane, PeDro. La última búsqueda se realizó en fecha 20 abril de 2020, y los descriptores que se utilizaron fueron: *Vaginismus, Physical therapy modalities*, con los operadores booleanos AND, OR. Se emplearon también las siguientes palabras clave: *Vaginismus, physical therapy modalities, sexual Dysfunction, Physiological, pelvic floor muscle training, pelvic floor rehabilitation*. (Tablas 1 y 2)

De la anterior búsqueda se obtuvieron pocos artículos que revisar, ya que existe poca evidencia de las técnicas en fisioterapia para el tratamiento del Vaginismo, de modo que se realizó una segunda búsqueda más simple para poder encontrar evidencia sobre el tratamiento del Vaginismo, tras un periodo de búsqueda se vio que una de las técnicas más utilizadas es el uso de la Toxina Botulínica, de modo que se inició una búsqueda en relación con ese tratamiento. Se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, LILACS, Cochrane, Web of Science, utilizando los descriptores: *Vaginismus* y *Botulinum Toxin* y utilizando el booleano AND. (Tablas 1 y 2)

Descriptores	
DECS	MESH
Vaginismo Modalidades de Fisioterapia Disfunción sexual fisiológica Toxina Botulínica	Vaginismus Physical Therapy Modalities Sexual dysfunction, physiological Botulinum Toxins
Palabras clave (lenguaje natural)	
Español	Inglés
Vaginismo Modalidades de fisioterapia Disfunción sexual fisiológica Entrenamiento Suelo pélvico Rehabilitación suelo pélvico	Vaginismus Physical Therapy Modalities Sexual dysfunction, physiological Pelvic floor muscle training Pelvic floor rehabilitation

Tabla 1. Descriptores y palabras clave

Pubmed	
#1	“Vaginismus” [Mesh] AND “Physical Therapy Modalities” [Mesh]
#2	("Physical Therapy Modalities"[Mesh] AND "Vaginismus"[Mesh]) OR (("Vaginismus"[tw] OR “sexual dysfunction”[tw]) AND ("Physical Therapy Modalities"[tw] OR “pelvic floor muscle training”[tw] OR “pelvic floor rehabilitation”[tw]))
#1	"Botulinum Toxins"[Mesh] AND "Vaginismus"[Mesh]
LILACS	
#1	((Vaginismus) AND (Physical therapy modalities))
#2	((("Vaginismus" OR “sexual dysfunction”) AND (“Physical Therapy modalities” OR “pelvic floor muscle training” OR “pelvic floor rehabilitation”)))
#1	((Vaginismus) AND (Botulinum Toxin))
Web Of Science	
#1	((Vaginismus) AND (Physical therapy modalities))
#2	((("Vaginismus" OR “sexual dysfunction”) AND (“Physical therapy modalities” OR “pelvic floor muscle training” OR “pelvic floor rehabilitation”)))
#1	((Vaginismus) AND (Botulinum Toxins))

Cochrane	
#1	#1 MeSH descriptor Physical Therapy Modalities #2 MeSH descriptor Vaginismus #1 AND #2
#2	#1 MeSH descriptor Physical Therapy Modalities #2 MeSH descriptor Vaginismus #3 Vaginismus #4 Sexual dysfunction, physiological #5 Physical therapy modalities #6 Pelvic floor muscle training #7 Pelvic floor rehabilitation #8 (#1 AND#2) OR (#3 OR #4) AND (#5 OR #6 OR #7)
#1	#1 MeSH descriptor Vaginismus #2 MeSH descriptor Botulinum Toxins
PEDro	
#1	Abstract & Title: Vaginismus Body Part: Perineum or genito-urinary system Subdiscipline: Continence and women's health Published Since: 2010
Scopus	
#1	((Vaginismus) AND (Botulinum Toxins))

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

3.4 Límites

Se establecieron los siguientes límites para la búsqueda:

- Idioma: español, inglés, portugués
- Año de publicación: 10 años atrás (2010-2020)
 - o Debido a la escasez de información, se utilizó un estudio de 2007, como excepción.
- Tipo de estudio: se incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, artículos científicos, monografías, libros, guías de práctica clínica...
 - o No se pudo centrar la búsqueda en ensayos clínicos aleatorizados debido a la escasez de estos.

3.5 Criterios de elegibilidad

La cantidad de artículos elegidos es reducida (n=10), debido a la escasa evidencia que presenta el tema planteado.

Criterios de inclusión:

- Artículos en los que se estudiara específicamente el vaginismo y su tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Disfunción sexual femenina en general
- Otras disfunciones sexuales femeninas o patologías como: vulvodinia, dolor pélvico crónico o dispareunia.
- Población como embarazadas, postparto o esclerosis múltiple.

3.6 Calidad metodológica

Se incluyeron 10 estudios: 1 ensayo clínico aleatorizado, 4 ensayos clínicos, 2 revisiones sistemáticas, 1 revisión bibliográfica, 1 opinión clínica y 1 estudio de caso. Su calidad metodológica es baja, pues presentan muestras pequeñas, no presentan grupo control e intervención o no son estudios de doble ciego, lo que hace que la calidad metodológica de los mismos sea débil.

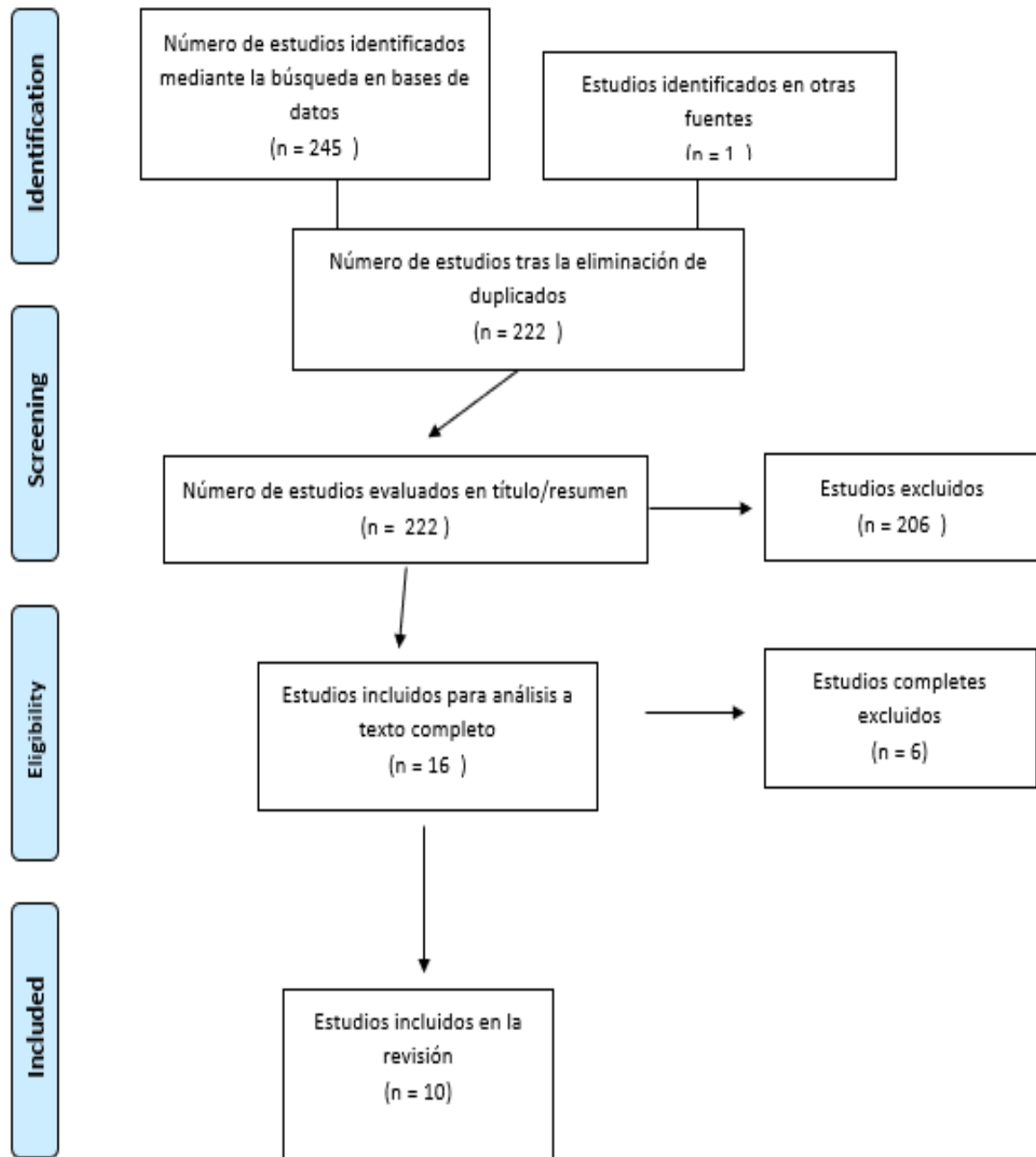
La calidad metodológica de los ensayos fue evaluada por medio de la escala Jadad, que evalúa los ensayos clínicos (EC) de 0 a 5. En la cual los que obtienen una puntuación menor de 3, son considerados de baja calidad. Así pues se pasó a los estudios de **Pacik** (12), **Yaraghi** (13), **Ben Zion** (16) , **Reissing** (6) y **Fageeh** (10). Todos ellos obtuvieron una puntuación menor de 3.

Además, se evaluó el nivel de evidencia y el grado de recomendación de la presente revisión con los estudios incluidos, mediante la escala de valoración SIGN. El nivel de evidencia de la revisión es 2-, mientras que el grado de recomendación es D.

Todas las tablas de evaluación de los estudios se encuentran en el [anexo](#).

Con lo expuesto anteriormente, se puede interpretar que los resultados de esta revisión son difícilmente extrapolables y que por tanto deben ser leídos de forma prudente.

3.7 Diagrama de búsqueda



4. Resultados

4.1 Muestra

La muestra total de la revisión es de 395 mujeres que fueron tratadas de vaginismo mediante diferentes intervenciones. Existen diferencias entre las muestras de cada estudio, por ejemplo, en algunos estudios se incluyó a mujeres con vaginismo primario y en otros no se especificó cuáles eran los criterios de inclusión en cuanto al diagnóstico o clasificación de vaginismo. Lo que hace que la muestra de las diferentes intervenciones no sea homogénea.

4.2 Medidas de efectividad

Las medidas con las que se evaluó la efectividad de las diferentes técnicas o intervenciones en los estudios fueron las siguientes:

En algunos estudios como en el de **Reissing** (6) o en el de **Pacik** (12) se midió la efectividad de los tratamientos con una mejora del FSFI (Female Sexual Function Index), un cuestionario de 19 preguntas el cual mide de forma global la función sexual femenina, con una puntuación máxima de 36 y mínima de 2. Estas 19 preguntas están relacionadas con 6 áreas diferentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.(17) Se adjunta en [anexos](#) el FSFI.

Otra de las medidas de efectividad que fueron evaluadas, fue la consecución de la penetración completa o relaciones sexuales completas sin dolor. En la revisión de **Melnick** se propuso como medida de efectividad, la capacidad de poder llevar a cabo una exploración ginecológica incluyendo un frotis cervical, sin dolor, miedo o ansiedad.

4.3 Intervenciones

Se describieron diferentes técnicas para el tratamiento del vaginismo. Pudiéndose dividir las mismas en: técnicas en fisioterapia, toxina botulínica y otras intervenciones.

Técnicas en fisioterapia:

Las técnicas en fisioterapia utilizadas fueron: concienciación corporal, feedback electromiográfico, estimulación eléctrica nerviosa, terapia manual, dilatadores, desensibilización gradual.

La concienciación corporal es una de las técnicas más utilizadas. En ella se trató de enseñar a las mujeres la anatomía y fisiología de la vagina y del suelo pélvico, así como dar explicaciones sobre las respuestas del dolor. Se realizaron también ejercicios de contracción-relajación de la musculatura del suelo pélvico, en los que **Reissing et al** (6) propusieron la introducción de un dilatador en casos más leves o más avanzados en tratamiento. En el estudio de **Yaraghi** (13) se realizaron ejercicios de respiración. La concienciación corporal se compone además, de ejercicios destinados a restablecer la fuerza, función y conciencia del suelo pélvico. En el estudio de **Tomen et al** (7) se trató de relajar también la musculatura accesoria como son los aductores, piriforme, glúteo, abdominal y zona lumbar. En los ejercicios de contracción-relajación **Tomen et al** (7) propuso que las pacientes colocaran sus dedos debajo del centro tendinoso del perineo de forma que fueran capaces de percibir el movimiento.

Uso de biofeedback electromiográfico. Fue efectivo como guía en los movimientos de contracción-relajación por lo que está estrechamente relacionado con la concienciación corporal. **Reissing** (6) describió su uso como una herramienta muy utilizada debido a que las pacientes fueron capaces de reconocer fácilmente los movimientos de contracción-relajación y por tanto fue de gran ayuda.

Estimulación eléctrica nerviosa: se utilizó con el fin de reducir el dolor mediante una inhibición nociceptiva en el asta dorsal de la médula espinal. **Reissing** (6) utilizó una corriente de baja intensidad y bifásica con un fin analgésico mientras que **Tomen et al** (7) la utilizó además con el fin de fortalecer y reeducar la musculatura. El uso de la misma mejoró también la capacidad de contracción-relajación de las pacientes.

Terapia manual: la técnica de inhibición de puntos gatillo fue utilizada en el estudio de **Tomen** (7) , comentando que esta no debería ser la primera línea de tratamiento ya que reproduce un dolor muy intenso, por lo que se plantea su uso tras procedimientos como la electroanalgesia, beneficiándose así del alivio del dolor a la vez que se liberan los puntos gatillo y liberando por tanto tensión muscular. La musculatura que tiene mayor tendencia a presentar puntos gatillo es: bulbocavernoso, isquiocavernoso y elevador del ano. **Pacik** (5) combinó la técnica de inhibición de puntos gatillo con estiramientos de la musculatura.

Dilatadores: el uso de dilatadores tuvo como objetivo atenuar la sensibilidad de la penetración, así como mejorar la percepción de la musculatura del suelo pélvico y el control sobre la misma. Debe contar con una progresión la cual debe ser gradual a medida que las pacientes aumenten su tolerancia a los dilatadores, sin presentar dolor, miedo o ansiedad.

El uso de dilatadores no tiene tan solo beneficios físicos como los que se comentan en el estudio de **Tomen** (7) , sino también psicológicos, así los describió **Pacik** (5) debido a que permitieron que la mujer se sintiera más cómoda con la introducción de los mismos reduciendo así el miedo y la ansiedad que les puede provocar la penetración. El uso de dilatadores fue descrito en algunos de los estudios que utilizaron la toxina botulínica como tratamiento posterior. **Pacik** (12) en su estudio planteó un programa en el cual pautó durante el primer mes 2 horas al día, el segundo mes 1 hora al día y durante el tercer mes 30 minutos al día.

El uso de los mismos debe ser un proceso en el cual la mujer se sienta acompañada, ya que un mal uso de estos puede generar más ansiedad y miedo. Algunas mujeres en el estudio de **Pacik** (12) describieron que la vibración fue de ayuda para la relajación durante la dilatación.

Desensibilización gradual: se realizó mediante un masaje lento y continuo de la zona perineal, de modo que se intentaba lograr una relajación de la musculatura.

Ejercicios domiciliarios: en algunos estudios se pautaron ejercicios domiciliarios que podían ser realizados por la propia paciente, o también por la pareja o con su ayuda. Muchos de estos ejercicios consistían en la inserción de dedos, tampones o dilatadores de diferentes tamaños. **Reissing** (6) propuso la realización de automasajes en las paredes del introito (a las 4, 6 y 8 en punto). En el estudio realizado por **Yaraghi** (13) se propuso la realización de los ejercicios 3 veces al día, si se podían realizar sin dolor, miedo o ansiedad.

Toxina Botulínica:

El uso de la toxina botulínica para el tratamiento del vaginismo data de 1977. La toxina botulínica tipo A, degrada proteolíticamente la proteína sinaptosomal 25 (SNAP-25), requerida para la fusión de vesículas y la liberación de neurotransmisores, evitando de este modo que las vesículas secretoras liberen su neurotransmisor, bloqueando así la unión neuromuscular (2). Por tanto el uso de las inyecciones se da con el fin de reducir la hipertonicidad de la musculatura del suelo pélvico.

La inyección de toxina botulínica fue aplicada de forma similar en todos los estudios. En los casos más severos, antes de la intervención se aplicó a las mujeres entre 1-5 mg de Midazolam o 50-150 mg de Fentanilo para aliviar el dolor antes de la inyección en el estudio de **Yaraghi** (13), pero en el estudio de **Fageeh et al** (10) se aplicó Bupivacaina, otro anestésico local.

Posteriormente se inyectaron entre 150- 400 U (Unidades) de toxina botulínica en el elevador del ano de forma bilateral con una angulación de la aguja de unos 20°. En el estudio realizado por **Fageeh et al** (10) y en la revisión sistemática de **Melnik** (8) se aplicó también en el elevador del ano, la diferencia fue que se aplicó en tres puntos diferentes y con una angulación de la aguja de 23°. **Pacik** (12) en su ensayo clínico a diferencia de los demás inyectó 50 U de toxina botulínica en el bulboespongioso, de forma bilateral, en las áreas submucosas laterales del introito, marcadas por los fragmentos de himen residuales (a las 7 y 9 en el lado derecho y a las 3 y 5 en el lado izquierdo). En el caso de que existieran otras áreas de espasmo, se procedió a la inyección de 50 U de forma adicional.

En el estudio de **Pacik** (12) y en el de **Fageeh et al** (10) se pautaron como ejercicios domiciliarios el uso de dilatadores, de modo que pudieran valerse del efecto de la toxina botulínica como del anestésico. En el caso de que las mujeres tuvieran pareja, en el estudio de **Fageeh et al** (10) se aconsejó a las pacientes que mantuvieran relaciones sexuales el mismo día de la intervención.

Otras intervenciones:

Existen muchas otras intervenciones como el uso de hipnoterapia, terapia cognitiva, terapia sexual, tratamiento farmacológico mediante el uso de benzodiazepinas o antidepresivos, biblioterapia y demás, pero en los estudios incluidos en la revisión no fueron explicados de forma detallada. A continuación, se describen dos intervenciones que si fueron especificadas.

Radiofrecuencia: esta intervención fue descrita en el reporte de un caso de **Chaves** (1). Se introdujo la aguja de radiofrecuencia gradualmente en la vagina, con un estímulo motor de 2 Hz con el fin de identificar el nervio pudendo, mediante la contracción del músculo externo del ano. Se aplicó una corriente alterna bilateralmente a los nervios pudendos, en dos ciclos de 120 segundos.

Pareja subrogada: esta intervención fue descrita en el ensayo de **Ben-Zion et al** (16). Se utilizó una pareja subrogada para el acompañamiento de la paciente durante el tratamiento del vaginismo. Este tratamiento fue utilizado por Master y Johnson en 1970 para el tratamiento de la disfunción eréctil en hombres que no tenían pareja. Es un tratamiento poco utilizado debido a que puede llevar consigo problemas éticos, además de la falta de parejas subrogadas o el elevado coste del tratamiento. El tratamiento estaba compuesto por intervenciones anteriormente nombradas como el uso de dilatadores o ejercicios en pareja

5. Discusión

El principal objetivo de la revisión era evaluar la efectividad de las técnicas utilizadas en la actualidad para el tratamiento del vaginismo. En cuanto a las medidas de efectividad de los estudios, puede determinarse que: no hay un consenso sobre cuál es la medida de efectividad correcta. El uso del Female Sexual Function Index (FSFI) como medida de efectividad podría formar parte de un sesgo, pues este índice o cuestionario se basa en seis áreas (lubricación, excitación, orgasmo, deseo, satisfacción y dolor), estas áreas están relacionadas directamente con la calidad de vida y las condiciones de cada persona de forma individual. Por lo que una mejora o no de este cuestionario puede estar causado por otros factores además del tratamiento del vaginismo.

Otro de los objetivos del presente estudio, era la evaluación de los efectos que podía tener el tratamiento en la calidad de vida de las mujeres. Este no se pudo llevar a cabo pues ninguno de los estudios incluidos en la revisión contempló la mejora de calidad de vida de la mujer. Existen cuestionarios validados para conocer la calidad de vida, como por ejemplo: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), que es la escala de calidad de vida de la OMS. Algunos de los estudios, como el de **Reissing** (6), nombraron la satisfacción de las mujeres tras el tratamiento, pero ese dato no puede dar respuesta al objetivo mencionado anteriormente.

La escasez de estudios en este campo hace que las muestras no sean homogéneas y que por tanto no se pueda definir el tratamiento para una población específica, como por ejemplo las pacientes con vaginismo primario. Gran parte de los estudios que han sido revisados, incluyen a esa población, pero no todos lo hacen, de forma que no se puede detallar cuál es la población que se vería más beneficiada por esos tratamientos. Por ejemplo, en el estudio de **Fageeh** (10) se expuso que el tratamiento de fisioterapia fue efectivo en los casos más leves de vaginismo. Pero es el único estudio que plantea esa opción, por lo que es difícil poder extrapolarlo a la práctica clínica.

El tratamiento mediante radiofrecuencia fue descrito en el estudio de un caso realizado por **Chaves** (1), y resultó ser efectivo junto con la infiltración en puntos gatillo de anestésicos locales. Este podría sugerir una futura línea de investigación para futuros estudios y ensayos clínicos.

El uso de la pareja subrogada en el estudio realizado por **Ben Zion** (16) resultó ser efectivo en el 100% de los casos que realizaron el tratamiento con pareja subrogada y en el 75% de los casos que lo realizaron con su pareja. No obstante, la efectividad de este ensayo no está determinada tan solo por el uso de la pareja subrogada, sino por los tratamientos que se realizaron en el mismo. Estos fueron: uso de dilatadores y ejercicios de pareja entre otros. Lo que muestra que, tan solo se utilizaron métodos conservadores y relacionados con técnicas en fisioterapia y que estos fueron efectivos. Se podría plantear entonces, el uso de parejas subrogadas como tratamiento o parte de él debido a que muchas mujeres las cuales padecen vaginismo no tienen, por diferentes motivos. Entendiendo la complejidad ética y moral que puede conllevar el uso de las mismas, por lo que debería seguir estudiándose. Aun así, debería tenerse en cuenta que la calidad del estudio mencionado es baja, por lo que los resultados no son del todo concluyentes.

El tratamiento de fisioterapia según los estudios de la presente revisión, parece ser efectivo para el tratamiento de vaginismo. En el ensayo realizado por **Reissing** (6) se consiguieron los objetivos y las mujeres estuvieron satisfechas con los resultados obtenidos. En el estudio de **Yaraghi** (13) se determinó que las técnicas en fisioterapia podrían mejorar el Female Sexual Function Index (FSFI) comparándola con la inyección de toxina botulínica, es interesante este resultado pues es el único ensayo clínico aleatorizado, aún siendo de baja calidad, y presenta una posible línea de investigación futura bastante sugerente en relación a las técnicas de fisioterapia como primera línea de tratamiento. El estudio de **Tomen** (7) demostró que el tratamiento mediante cinesiterapia, electroestimulación, biofeedback, terapia manual, dilatadores y desensibilización gradual fue efectivo.

El vaginismo por tanto, puede ser tratado mediante diversas técnicas fisioterapéuticas y no existe a día de hoy un consenso o protocolo establecido para la práctica clínica. Muchas de esas técnicas pueden ser realizadas por un fisioterapeuta, no obstante, en la literatura actual, están descritas también por otros profesionales como pueden ser terapeutas sexuales.

Los ejercicios de concienciación corporal pueden ser complejos ya que es difícil para muchas mujeres aislar la musculatura accesoria, de modo que es muy importante el aprendizaje previo a través de imágenes, conocimientos, experiencias, movimiento y percepción de los diferentes grupos musculares y del suelo pélvico.

El tratamiento conservador, en cierto modo, intenta empoderar a la paciente, ya que otorga las herramientas necesarias para que la mujer sea consciente de cuál es el problema, cómo funciona, y de qué manera puede actuar frente a él. Cambiar por tanto el rol de paciente pasivo a una visión activa y participativa. Trata además de respetar a la mujer en su progreso, sin imponer tiempos, tratamientos o técnicas en las cuales pueda sentir ansiedad, miedo o dolor. Así pues, antes de realizar las sesiones se informó de cuál iba a ser el procedimiento y se dio a la mujer la opción de parar en cualquier momento. Es importante que las pacientes sepan que tienen el control, empoderarlas. (18)

Un problema puede ser que estas técnicas más conservadoras requieran gran cantidad de sesiones (unos 2-3 meses con 2 sesiones por semana aproximadamente) lo que puede llevar a que las pacientes sientan frustración, agitación y ansiedad, incluso también la pareja.

El uso de la toxina botulínica para el tratamiento del vaginismo resultó ser efectivo en el estudio realizado por **Fageeh** (10), en pacientes que no obtuvieron resultados con otras intervenciones. Esto se debe a que la mayoría de los artículos que aplican toxina botulínica, la muestra que presentan son mujeres que no obtuvieron resultados con otras intervenciones. En el ensayo realizado por **Pacik** (12) se determinó que el programa de tratamiento que consistía en la inyección de toxina botulínica y ejercicios domiciliarios con dilatadores, fue efectivo tanto para mantener relaciones sexuales completas o para la completa introducción de dilatadores sin dolor, miedo o ansiedad. En el estudio realizado por **Rocha** (2) se determinó también que la inyección de toxina botulínica fue una buena opción terapéutica.

No obstante, la mayoría de los estudios que existen y que incluyen como tratamiento el uso de la toxina botulínica, no incluyen grupo control, lo que puede hacer que la medida de efectividad del tratamiento se muestre mayor en comparación con estudios que sí presenten grupo control. Es complicado entonces, atribuir el efecto únicamente a la intervención de ese tratamiento, ya que podría ser que el efecto fuera resultado de algún factor que no se tuvo en cuenta.

Se pudo interpretar por tanto que el tratamiento del vaginismo no está unificado y que existen diferentes modalidades. Se llegó a la conclusión de que ambos tratamientos parecieron ser efectivos para el vaginismo. Así pues, cabe destacar que el uso de la toxina botulínica suele acompañarse del uso de dilatadores e incluso algunas sesiones de fisioterapia, por lo que la fisioterapia está presente en el tratamiento. Además, al ser un tratamiento conservador y no presentar efectos secundarios, podría plantearse como primera línea de tratamiento. A pesar de que el tratamiento con toxina botulínica no suele presentar efectos secundarios, sólo se describieron en el estudio de **Pacik** (12), los cuales ocurrieron tan solo en 6 pacientes y en menos de 4 meses desaparecieron.

Puede entenderse con lo expuesto anteriormente que la fisioterapia podría ser la primera línea de tratamiento por diferentes motivos como: cambio en el paradigma de tratamiento, haciendo que la mujer sea consciente y participe en su recuperación. Priorizar los tratamientos conservadores antes que los invasivos. Y por último; debido a que los factores causales no están claros en el vaginismo, la fisioterapia intenta abordar más allá de la parte física, haciendo que la mujer sea partícipe del tratamiento, sea consciente de su cuerpo, sepa las causas de su dolor, e incluso que sepa controlar su respiración en cuanto identifique el problema, todo ello hace que se aborde de una forma más amplia el vaginismo, entendiéndolo como un problema multifactorial. En el caso de la toxina botulínica el tratamiento se centra más en la parte física lo que puede llevar a dejar de lado otros factores.

Es importante conocer también que el término vaginismo está ligado a cierta heteronormatividad, pues se relaciona con las relaciones sexuales completas, descritas como relaciones que impliquen penetración completa. Es por tanto un posible error, que en muchos de los estudios el objetivo del tratamiento sea la penetración completa, pues habrá mujeres las cuales su objetivo final será poder tolerar una exploración ginecológica sin dolor y que el objetivo de penetración completa no se ajuste a sus necesidades o prioridades. Se debe reconceptualizar el término vaginismo y por consiguiente adaptar el tratamiento y los objetivos a las necesidades específicas de cada mujer.

En especial las técnicas fisioterapéuticas y el uso de la toxina botulínica pueden ser de ayuda para las mujeres que sufren vaginismo, es cierto que por la baja calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión, no se puede afirmar de forma concluyente cual es su efectividad en el tratamiento del vaginismo, pero si es interesante para futuras líneas de investigación. Por tanto, debido a la pluralidad de factores que pueden causar el vaginismo, su tratamiento debería ser multidisciplinar y que se ajustase a las necesidades específicas de cada mujer.

5.1 Limitaciones:

En esta revisión existen diferentes limitaciones:

- La limitación más importante es el reducido número de ensayos. Además de que los estudios obtenidos son de baja calidad metodológica, lo que puede provocar diferencias clínicas importantes debido por ejemplo a las muestras reducidas.
- El número reducido de estudios incluidos (n=10), esto se debió a que muchos estudios se excluyeron por la población que incluían, pues presentaban de forma general diferentes disfunciones sexuales, además de la poca investigación que hay sobre el tema planteado.
- No existe un consenso sobre los criterios de inclusión en los estudios presentados, por lo que algunos incluyen en su muestra pacientes con vaginismo primario y en otros no se especifica.
- Los objetivos del tratamiento pueden no ajustarse a las necesidades de las mujeres. En la mayoría de los estudios una medida de efectividad es que la mujer pueda mantener relaciones sexuales completas, lo que entienden por penetración completa sin dolor, además en muchos casos se habla de una mejora en el Female Sexual Function Index (FSFI). Pudiendo ser un sesgo basar la efectividad del tratamiento en la mejora de este índice, pues la función sexual incluye seis áreas (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor) las cuales se relacionan estrechamente con la calidad de vida de cada paciente.

Las posibles limitaciones de este estudio pueden estar sesgando los resultados de la presente revisión por lo que las siguientes conclusiones deben ser interpretadas con cautela.

6. Conclusiones

El vaginismo puede suponer un problema para muchas mujeres debido a la poca información que se tiene sobre él, no tan solo a nivel social sino a nivel sanitario o terapéutico, lo que puede dar lugar a confusión, negación o pasividad por parte de las pacientes como de los profesionales.

Se ha podido evaluar la efectividad de las diferentes técnicas que se utilizan en la actualidad para el tratamiento del vaginismo, tanto el uso de la fisioterapia como el de la toxina botulínica parecen ser efectivos. La efectividad de los mismos está limitada por la baja calidad de los estudios.

Los efectos del tratamiento en la mejora de la calidad de vida de las pacientes, no se han podido estudiar a causa de que no se evaluó en ninguno de los estudios mediante escalas estandarizadas.

El uso de las técnicas de fisioterapia como primera línea de tratamiento para las pacientes con vaginismo ha resultado ser efectiva y al no presentar efectos adversos, utilizar técnicas no invasivas y empoderar a la mujer en su tratamiento, podría plantearse como primera línea de tratamiento. Entendiendo la pluralidad de factores que causan el vaginismo y por tanto adaptando el tratamiento. Que se plantee como primera línea de tratamiento las técnicas de fisioterapia no implica que el tratamiento del vaginismo deje de ser un tratamiento multidisciplinar.

Tras la búsqueda bibliográfica y análisis crítico de los diferentes estudios, se llegó a la conclusión de que es necesaria más investigación sobre el tema planteado, ya que es notable la escasez de investigación, en especial de ensayos clínicos aleatorizados, con muestras más amplias y con grupos experimental y control, de forma que los resultados puedan ser concluyentes y válidos para la práctica clínica.

De todos modos, se pudo razonar que para el tratamiento del vaginismo no existe una única modalidad terapéutica y que es difícil determinar si un tratamiento es más efectivo que otro, con los estudios publicados a día de hoy.

7. Bibliografía

1. Carvalho JCGR de, Agualusa LM, Moreira LMR, Costa JCM da. Multimodal therapeutic approach of vaginismus: an innovative approach through trigger point infiltration and pulsed radiofrequency of the pudendal nerve. *Brazilian J Anesthesiol.* 2017;67(6):632–6.
2. Ferreira JR, Souza RP. Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology.* 2012;89(5–6):256–9.
3. Boyer SC, Goldfinger C. Management of Female Sexual Pain. 2011;31:83–104.
4. Binik YM. The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. 2010;278–91.
5. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2014;25(12):1613–20.
6. 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.
7. Tomen A, Fracaro G, Feio E, Nunes C, Fernando G, Latorre S. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo The pelvic-floor physical therapy for the treatment of woman suffering from vaginismus. 2015;24(3):121–30.
8. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;
9. Becerra-alfonso YA. Trastornos del dolor sexual femenino : una revisión de su definición , etiología y prevalencia Female sexual pain disorders : a review of its definition , etiology and prevalence. 2015;
10. Fageeh WMK. Different treatment modalities for refractory vaginismus in western saudi arabia. *J Sex Med.* 2011;8(6):1735–9.
11. Lamont JA. Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol.* 1978;131(6):632–6.
12. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med [Internet].* 2017;5(2):e114–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2017.02.002>
13. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical. *Int Urogynecol J.* 2019;30(11):1821–8.
14. De, Braga Dias Moreira RL. Vaginismus. 2013;23(3):328–33.
15. Watts G, Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. *J Sex Med.* 2010;7(1 PART 1):143–8.
16. Ben-Zion I, Rothschild S, Chudakov B, Aloni R. Surrogate versus couple therapy in vaginismus. *J Sex Med.* 2007;4(3):728–33.
17. M JEB, E LB, Cataldo P, Alejandra A, Carrasco V, L HI, et al. Trabajos Originales ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA : UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. 2004;118–25.
18. Cacchioni T, Wolkowitz C. Treating women’s sexual difficulties: The body work of sexual therapy. *Sociol Heal Illn.* 2011;33(2):266–79.

8. Anexos

8.1 Tablas bibliométricas:

Autor	Itzhak Ben-Zion et al.
Título	Surrogate Versus Couple Therapy in Vaginismus
Año de Publicación	2007
Tipo de Artículo	Investigación Primaria.
Diseño de Investigación	Ensayo controlado
Técnica de recogida de datos	Los datos se obtuvieron de los cuadros de tratamiento de los pacientes basados por el historial sexual, los resúmenes de las sesiones, por el terapeuta sexual como por la pareja subrogada.
Población y muestra	16 mujeres tratadas con pareja subrogada 16 mujeres con su propia pareja Mujeres 29 años (20-51 años)
Conclusión relevante	El tratamiento de Vaginismo con una pareja subrogada/Sustituta, fue igual de efectivo como la terapia de pareja. Se podría considerar este tipo de terapias en mujeres que no tengan pareja cooperativa.

		Pubmed
Autor		Wafa M.K. Fageeh, MD
Título		Different treatment modalities for refractory Vaginismus in Western Saudi Arabia
Año de Publicación		2011
Tipo de Artículo		Investigación primaria
Diseño de Investigación		Estudio retrospectivo
Técnica de recogida de datos		Entrevistas a las pacientes que fueron tratadas por el departamento de Obstetricia y ginecología en King Abdul-Aziz Hospital en Jeddah, Arabia Saudi.
Población y muestra		15 mujeres con vaginismo 3-4 en la escala de Lamont - Edad media 23 años Mujeres en las que otros tratamientos fracasaron (se denomina que el tratamiento fracasa si después de 4 meses no se consigue una penetración completa) se trataron con toxina botulínica(n=4). Mientras que las mujeres que no habían tenido tratamiento, se les ofreció el tto convencional.
Conclusión relevante		La terapia con toxina botulínica demuestra el comienzo de una nueva etapa de tratamiento de Vaginismo Severo o casos en los que la terapia convencional no ha funcionado. (Terapia convencional: terapia cognitiva, autodilatadores, concienciación, contracción-relajación, biofeedback)

	PubMed
Autor	Melnik T, Hawton K, McGuire H
Título	Interventions for vaginismus (Review)
Año de Publicación	2012
Tipo de Artículo	Investigación Secundaria
Diseño de Investigación	Revisión sistemática
Técnica de recogida de datos	Se realizaron búsquedas en Cochrane especializado en Depresión, ansiedad y neurosis hasta agosto de 2012. Contiene ensayos controlados aleatorizados de: Cochrane (todos los años), EMBASE (1974 hasta la fecha) y PsycINFO (1967 hasta la fecha). Se realizaron otras búsquedas en listas de referencias y resúmenes de congresos.
Población y muestra	5 estudios con un total de 282 participantes. Se consideró que todos los estudios tenían riesgo moderado o alto de sesgos.
Conclusión relevante	No hay diferencia clínica ni estadística entre la desensibilización y otras intervenciones. Los resultados están limitados por la evidencia disponible sus conclusiones y la eficacia de tratamiento, por lo que se necesitan más estudios con más muestra para poder determinar la efectividad de la desensibilización como tratamiento de vaginismo.

	PubMed
Autor	Juliana Rocha Ferreira Renan Pedra Souza
Título	Botulinum Toxin for Vaginismus Treatment
Año de Publicación	2012
Tipo de Artículo	Investigación Secundaria
Diseño de Investigación	Revisión sistemática.
Técnica de recogida de datos	Bases de datos utilizadas: Medline, Embase y PsycINFO Utilizando los descriptores vaginismus, botulin toxin, treatment, intervention
Población y muestra	11 estudios en Medline (PubMed) 5 estudios en Medline (Ovid) 1 estudio en PsycINFO 36 estudios en Embase De los cuales se quedaron con un total de 6.
Conclusión relevante	Los resultados muestran que la toxina botulínica es un tratamiento efectivo para pacientes con Vaginismo. Una conclusión es también que los ensayos incluidos no tienen grupo control y que además la muestra es reducida, lo que pone en tela de juicio que el efecto se pueda atribuir exclusivamente a esa intervención. Por lo que se concluye que para evaluar la efectividad hacen falta más ensayos controlados.

	PubMed
Autor	ELKE D. REISSING and HEATHER L. ARMSTRONG
Título	Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study
Año de Publicación	2013
Tipo de Artículo	Investigación primaria cuantitativa
Diseño de Investigación	Retrospective chart review
Técnica de recogida de datos	<p>La entrevista se realizó entre 9-44 meses después terminar la terapia, que incluyó el tratamiento vaginal, historial de penetración, evaluación del suelo pélvico, fisioterapia e intervenciones previamente recibidas.</p> <p>Entrevista telefónica estructurada, preguntas enfocadas a los síntomas previos y posteriores al tratamiento, nivel de éxito de los tratamientos recibidos y mejoría de la función sexual actual. En algunas preguntas se calificaron las respuestas en una escala Likert. La función sexual se evaluó mediante el índice de función sexual femenina (FSFI) y FSDS (Female Sexual Distress Scale)</p>
Población y muestra	<p>n=12</p> <p>La edad de las participantes era 32 (22-56)</p> <p>Criterios de inclusión: Mujeres que nunca hayan experimentado relaciones sexuales completas.</p> <p>Criterios de exclusión: Dispareunia o vaginismo adquirido. Mujeres que hayan experimentado relaciones sexuales completas (incluyendo aquellas que sólo lo hayan experimentado 1 vez)</p>
Conclusión relevante	Las pacientes indicaron su satisfacción con los tratamientos de fisioterapia además de haber alcanzado sus objetivos, entre ellos haber experimentado relaciones sexuales completas. Se necesitaron una media de 19 sesiones, aunque se vio que algunas mujeres necesitaban más tiempo para poder alcanzar los objetivos.

		PubMed
Autor		Joana Chaves Gonçalves Rodrigues de Carvalho*, Luís Miguel Agualusa, Luísa Manuela Ribeiro Moreira e Joana Catarina Monteiro da Costa
Título		Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo.
Año de Publicación	de	2014
Tipo de Artículo	de	Investigación primaria
Diseño de Investigación	de	Caso clínico / Case report
Técnica de recogida de datos	de	Seguimiento de la paciente durante 12 meses posteriores al tratamiento.
Población y muestra	y	Mujer 29 años, nulípara, diagnosticada anteriormente de vulvodinia y dispareunia con 2 años de evolución, actualmente en tratamiento con estazolam, escitalopram y dibucaína tópica para la aplicación antes de las relaciones sexuales diagnosticada de vaginismo.
Conclusión relevante		El tratamiento de infiltración PG y RFP en nervio pudendo parecen ser una buena opción terapéutica coadyuvante para el tratamiento de vaginismo.

	Web Of Science
Autor	Peter T. Pacik
Título	Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach.
Año de Publicación	2014
Tipo de Artículo	Investigación primaria
Diseño de Investigación	Opinión clínica/ Clinical Opinion
Técnica de recogida de datos	Basado en la experiencia y observación de tratamiento de más de 250 mujeres con vaginismo y 400 consultas.
Población y muestra	250 mujeres con vaginismo
Conclusión relevante	Se necesita una mayor concienciación sobre el Vaginismo en todos los profesionales sanitarios, para poder comprender y tratar de forma adecuada. Lo que incluye una mejora en el diagnóstico, evaluación y tratamiento.

	LILACS
Autor	Amanda TOMEN, Giovanna FRACARO, Erica Feio Carneiro NUNES Gustavo Fernando Sutter LATORRE1
Título	A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo The pelvic-floor physical therapy for the treatment of woman suffering from vaginismus
Año de Publicación	2015
Tipo de Artículo	Investigación Secundaria
Diseño de Investigación	Revisión bibliográfica
Técnica de recogida de datos	Bases de datos utilizadas: Lilacs, Pubmed, SciELO. - Artículos científicos, monografías, disertaciones, tesis, documentos legales y libros que aborden el tema. Descriptores: Vaginismo, fisioterapia, rehabilitación y sus variables en inglés.
Población y muestra	24 Articulos SciELO 2 PubMed 4 Lilacs
Conclusión relevante	La fisioterapia tiene un efecto positivo en la satisfacción sexual de la mujer y en su calidad de vida. Necesidad de más estudios, ensayos clínicos controlados para poder comparar efectividad de las técnicas.

	Scopus
Autor	Peter T. Pacik, MD, FACS, IF,1 and Simon Geletta, PhD
Título	Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 Patients
Año de Publicación	2017
Tipo de Artículo	Investigación primaria
Diseño de Investigación	Ensayo clínico
Técnica de recogida de datos	Se realizaron cuestionarios FSFI y consultas previas al tratamiento. Para evaluar los resultados fueron medidos mediante visitas, llamadas, e-mails, FSFI.
Población y muestra	241 mujeres de 30 años (17-72) - Vaginismo de grado 3-4 Lamont
Conclusión relevante	La combinación de inyecciones de toxina botulínica y bupivacaína, dilatación bajo anestesia y uso prolongado y mantenido de dilatadores, además de apoyo y asesoramiento parecen ser efectivos para el tratamiento de Vaginismo. La falta de comparación con otro tratamiento muestra la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados y con grupo control.

		PubMed
Autor		Mansooreh Yaraghi ¹ et al.
Título		Comparing the effectiveness of functional stimulation via sexual cognitive/behavioural therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus.
Año de Publicación		2018
Tipo de Artículo		Investigación Primaria Cuantitativa.
Diseño de Investigación		Ensayo clínico Aleatorizado.
Técnica de recogida de datos		Female Sexual Function Index (FSFI) para saber nivel de disfunción sexual. Acabados los tratamientos se pasaron cuestionarios de función sexual 19 preguntas (6 ámbitos).
Población y muestra		Grupo Control: tratamiento fisioterápico Grupo intervención: tratamiento con toxina botulínica n=58 Pacientes entre 20-40 años, diagnosticadas de vaginismo primario con una clasificación de 3 o 4 en la escala de Lamont.
Conclusión relevante		El tratamiento de fisioterapia se ha considerado como la primera línea de tratamiento antes que el tratamiento con toxina botulínica. Además, mejoró la función sexual en comparación con las pacientes tratadas con toxina botulínica. No se demostraron diferencias en la lubricación y deseo antes y después de la intervención.

8.3 Calidad metodológica

Título: Vaginismus Treatment: clinical trials follow up 241 patients.

Año: 2017

Criterios	Puntuación
¿Se describe el estudio como aleatorizado? (*)	0
¿Se describe el estudio como doble ciego? (*)	0
¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio? (*)	1
¿Es adecuado el método de aleatorización? (**)	
¿Es adecuado el método de doble ciego? (**)	
(*) Si= 1 / No= 0	Baja
(**) Sí =1 / No = -1	Calidad

Título: Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioural therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial

Año: 2018

Criterios	Puntuación
¿Se describe el estudio como aleatorizado? (*)	1
¿Se describe el estudio como doble ciego? (*)	0
¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio? (*)	1
¿Es adecuado el método de aleatorización? (**)	1
¿Es adecuado el método de doble ciego? (**)	
(*) Si= 1 / No= 0	3
(**) Sí =1 / No = -1	Baja calidad

Título: Surrogate versus couple therapy in vaginismus

Año: 2007

Criterios	Puntuación
¿Se describe el estudio como aleatorizado? (*)	0
¿Se describe el estudio como doble ciego? (*)	0
¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio? (*)	1
¿Es adecuado el método de aleatorización? (**)	
¿Es adecuado el método de doble ciego? (**)	
(*) Si= 1 / No= 0 (**) Sí =1 / No = -1	Baja calidad

Título: Different treatment modalities for refractory Vaginismus in Western Saudi Arabia

Año: 2011

Criterios	Puntuación
¿Se describe el estudio como aleatorizado? (*)	0
¿Se describe el estudio como doble ciego? (*)	0
¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio? (*)	1
¿Es adecuado el método de aleatorización? (**)	
¿Es adecuado el método de doble ciego? (**)	
(*) Si= 1 / No= 0 (**) Sí =1 / No = -1	Baja calidad

Título: Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: a retrospective chart review and interview study.

Año: 2013

Criterios	Puntuación
¿Se describe el estudio como aleatorizado? (*)	0
¿Se describe el estudio como doble ciego? (*)	0
¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio? (*)	1
¿Es adecuado el método de aleatorización? (**)	
¿Es adecuado el método de doble ciego? (**)	
(*) Sí= 1 / No= 0 (**) Sí =1 / No = -1	Baja calidad

Tabla 1. Niveles de evidencia

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-contróles, o estudios de cohortes o de casos-contróles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-contróles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. Grados de Recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+

8.2 Female Sexual Function Index

Subject Identifier _____

Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)

Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low

Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)

Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate

Low Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all