

GRADO EN FISIOTERAPIA



ESCUELAS UNIVERSITARIAS
GIMBERNAT-CANTABRIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN EL VAGINISMO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PHYSICAL THERAPY IN VAGINISMUS: A SYSTEMATIC REVIEW

AUTORES: ALEJANDRA BAÑOS DE LA VEGA y ÁNGEL MIRAMÓN GARCÍA

TUTOR: JOSÉ ANTONIO CAMPOS SAÑUDO

FECHA: 1/06/2023

CENTRO UNIVERSITARIO: ESCUELAS UNIVERSITARIAS GIMBERNAT-CANTABRIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Por medio de la presente, yo Alejandra Baños de la Vega y Ángel Miramón García alumno/a del Grado en Fisioterapia de las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria, en relación con el Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado Tratamiento fisioterapéutico en el vaginismo: una revisión sistemática, declaro que es de mi autoría y original.

Asimismo, declaro que depositando este TFG y firmando el presente documento confirmo que:

- Este TFG es original y he citado las fuentes de información debidamente.
- La autoría del TFG es compartida alumno/a y director/a
- Soy plenamente consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanción por el órgano civil competente, y asumo mi responsabilidad ante reclamaciones relacionadas con la violación de derechos de propiedad intelectual.

En Torrelavega, a 31 de mayo del 2023.

Fdo.:

Alejandra Baños de la Vega

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Alejandra', with a stylized flourish underneath.

Ángel Miramón García

A handwritten signature in dark ink, appearing to be a stylized 'A' or 'E' with a flourish.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
RESUMEN/ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS	11
CRITERIOS DE SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	11
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	12
DETALLE DE BÚSQUEDA	12
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA Y CIENTÍFICA DE LOS ARTÍCULOS	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	34

ABREVIATURAS

- CASPe: Critical appraisal skills programme español
- DSF: Disfunción sexual femenina
- DTG: Dilatator training procedure
- ECA: ensayo clínico aleatorio
- EQ5D-5L: Self-assessed, health related, quality of life questionnaire
- ESWT: Ondas de choque extracorpóreas
- EVA: Escala Visual Analógica
- EVE: Estimulación eléctrica vaginal
- FES: Estimulación eléctrica funcional
- FPFDD: Female pelvic floor dysfunction
- FSFI: Índice de Función Sexual Femenina
- FTG: Finger training procedure
- HSCL-25: Screening measure that includes symptoms of anxiety (10 items) and depression (15 items)
- IMB: Information, Motivation, Behavior model
- NP: Neuralgia pudenda
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PEQ: Prosthesis Evaluation Questionnaire
- PFM: Pelvic floor muscles
- PFMT: Pelvic floor muscle training
- PGI-I: Patient Global Impression of Improvement
- PGI-S: Global de Gravedad del Paciente
- POP-Q test: Pelvic Organ Prolapse Quantification System
- SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- SMT: Standard means test
- SP: Suelo Pélvico
- TSK: Escala de Tampa para la kinesiofobia
- VPCQ: Vaginal Penetration Cognition Questionnaire
- WHOQOL: Word Health Organization Quality of Life

RESUMEN

- **Introducción:** El efecto negativo, en la sexualidad y calidad de vida de las mujeres, que ocasionan las disfunciones del suelo pélvico, como el vaginismo, hace imprescindible la intervención de la fisioterapia para reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan estas patologías.
- **Objetivo:** Elaborar una revisión sistemática para conocer los tipos de tratamientos fisioterapéuticos realizados en mujeres con vaginismo tras revisar la evidencia de la literatura científica publicada.
- **Material y métodos:** Se seleccionan los artículos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión establecidos y aquellos con buena calidad metodológica tras realizar una búsqueda bibliográfica, acotada desde 2012 hasta 2022, en distintas bases de datos de ciencias de la salud (PubMed, PEDro, Cochrane y sciELO) y búsquedas manuales.
- **Resultados:** Se incluyen diez artículos con resultados dispares entre ellos, al igual que los tratamientos realizados, muestra, limitaciones, duración y métodos de evaluación. En todos ellos, la variable de estudio es el vaginismo y/o la disfunción de la musculatura del suelo pélvico en relación con problemas de penetración.
- **Conclusión:** A pesar de la escasa evidencia científica publicada, se puede afirmar que los tratamientos fisioterapéuticos utilizados disminuyen los síntomas y mejoran la calidad de vida de las mujeres con vaginismo. Sin embargo, un trabajo multimodal realizado por psicólogos, sexólogos, médicos y fisioterapeutas sería lo más preciso para el éxito del tratamiento. Son necesarios más estudios de calidad para poder precisar correctamente cuales son las mejores terapias.

Palabras clave: “Vaginismo”, “Dispareunia”, “Suelo Pélvico”, “Fisioterapia”

ABSTRACT

- **Introduction:** The negative effect on women's sexuality and quality of life caused by pelvic floor dysfunctions, such as vaginismus, makes physiotherapy intervention essential to reduce symptoms and improve the quality of life of women with these pathologies.
- **Objective:** To elaborate a systematic review to know the types of physiotherapeutic treatments performed in women with vaginismus after reviewing the evidence of the published scientific literature.
- **Material and methods:** We selected articles that met the established inclusion and exclusion criteria and those with good methodological quality after conducting a literature search, limited from 2012 to 2022, in different health sciences databases (PubMed, PEDro, Cochrane and sciELO) and manual searches.
- **Results:** Ten articles are included with disparate results among them, as well as the treatments performed, sample, limitations, duration and evaluation methods. In all of them, the study variable is vaginismus and/or pelvic floor muscle dysfunction in relation to penetration problems.
- **Conclusion:** Despite the scarce published scientific evidence, we can affirm that the physiotherapeutic treatments used decrease the symptoms and improve the quality of life of women with vaginismus. However, a multimodal approach performed by psychologists, sexologists, physicians and physiotherapists would be the most accurate for the success of the treatment. More quality studies are needed to be able to correctly determine the best therapies.

Key words: "Vaginismus", "Dyspareunia", "Pelvic Floor" "Physiotherapy"

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico (SP), desempeña importantes funciones en la cavidad abdomino-pélvica, como el soporte de las distintas fuerzas o presiones de las vísceras, la continencia y la estabilidad lumbopélvica frente a las distintas fuerzas percibidas por el cuerpo. Para cumplir con estas funciones, el SP está compuesto por estructuras musculares, conectivas y óseas que deben mantenerse en condiciones óptimas. Cuando se padece vaginismo, se produce una disfunción de la musculatura del suelo pélvico ^(1,2).

El vaginismo, también llamado disfunción por hipertonia del SP, es el “Espasmo involuntario recurrente y persistente del tercio externo de la musculatura vaginal que interfiere con la penetración vaginal”. Se ha propuesto un concepto más actualizado que va más allá del simple espasmo doloroso. Este nuevo enfoque incluye el dolor en sí mismo, el miedo asociado al dolor, la disfunción del Sistema de Procesamiento del Dolor y la evitación conductual. Este concepto 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” ^(3,4). Según algunos clínicos, la presencia de una elevada tensión muscular en reposo en los músculos del suelo pélvico en esta patología sugiere debilidad de los mismos ⁽⁵⁾.

El vaginismo puede manifestarse de dos formas: primaria, cuando es un problema crónico en el que la mujer nunca ha logrado experimentar la penetración vaginal, o secundaria, cuando ocurre después de un período de funcionamiento sexual normal ⁽⁶⁾. Además, puede ser total, lo que impide la penetración, o parcial, lo que dificulta, pero no imposibilita la penetración ⁽⁷⁾. Este bloqueo también puede afectar el uso de tampones o exámenes ginecológicos, y a menudo se acompaña de un espasmo generalizado en la región, incluyendo abdominales, aductores y glúteos ⁽⁵⁾.

Aunque padezcan vaginismo, es común que las mujeres encuentren placer en actividades sexuales que no involucran la penetración vaginal y experimenten orgasmos. Esto se debe a que su libido y capacidad de excitación sexual pueden ser normales ^(4,5). Sin embargo, el vaginismo puede causar distrés y ansiedad frente a la sexualidad y/o penetración ⁽³⁾.

La clasificación del vaginismo no es clara debido a la alta superposición con otros trastornos sexuales como la vestibulodinia y la dispareunia. El espasmo muscular

característico del vaginismo provoca dolor durante la penetración, lo que puede ser la causa de la dispareunia y dificultar o incluso impedir el coito ^(3,5). La dispareunia es una disfunción sexual que se manifiesta como dolor genital antes, durante o después del coito, y puede ser superficial o profunda ⁽⁸⁾. Su origen es diverso y puede incluir trastornos musculares como el vaginismo, relacionado con la dispareunia superficial ^(3,5,9).

Factores etiopatogénicos:

Debido a las diferencias metodológicas y la relativa juventud del ámbito de estudio, determinar la epidemiología del vaginismo es difícil ⁽¹⁰⁾. Además, existe variabilidad en cuanto a la definición de la función sexual normal, así como en las diferentes disfunciones sexuales ⁽¹¹⁾. En torno al 40% de las mujeres presentan problemas sexuales, como trastorno del deseo sexual, excitación, orgásmico o del dolor sexual. De los cuales un 12-22% experimenta malestar asociado ⁽¹²⁾. En cuanto a la prevalencia de problemas sexuales relacionados con dolor, se estima que el vaginismo afecta a menos del 1-6% de la población general ^(11,13).

El vaginismo se considera una afección clínica de etiología multifactorial ^(5,6,10,14).

Tanto éste como la dispareunia, pueden ser explicados mediante un modelo biopsicosocial que considera la interacción de factores físicos ⁽¹⁵⁾, psicológicos ⁽¹⁶⁾ y sociales ⁽¹⁷⁾ en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos y sus síntomas ⁽¹⁸⁾.

Dentro de los factores físicos destacan: Anormalidades en himen, atrofia vaginal, lesiones directas, infecciones de transmisión sexual, estrés postural y disfunción muscular del SP ^(19,20).

Asimismo, aparecen distintos factores psicológicos como: Menor calidad de vida, bienestar físico y emocional, síntomas de depresión y ansiedad, autoesquema sexual negativo y cogniciones negativas sobre la penetración vaginal ^(21,22).

En último lugar, destaca la gran implicación de factores sociales relacionados con el aspecto de la pareja, antecedentes de abuso sexual y el escaso conocimiento sexual ^(23,24).

Tratamiento

Se debe buscar mejorar la calidad de vida de las pacientes como objetivo principal del tratamiento. Para ello, el uso de un enfoque multidisciplinario desempeña un papel importante ⁽²⁵⁾.

El tratamiento médico usualmente incluye la utilización de agentes tópicos u orales que tienen propiedades anestésicas, analgésicas, relajantes musculares y/o antiinflamatorias ^(6,26). Si otros tratamientos como la fisioterapia no resultan efectivos, se pueden administrar inyecciones en puntos gatillo utilizando principalmente bloqueantes nerviosos, anestésicos locales, corticoesteroides y toxina botulínica ^(27,28). Además, según la intensidad de la actitud fóbica, el tratamiento farmacológico puede reducir la ansiedad y la excitación general ⁽²⁹⁾.

En relación con la terapia psicológica, generalmente se utilizan técnicas cognitivo-conductuales, aunque también pueden aplicarse otras intervenciones como terapia de pareja tradicional o seminarios educativos. Estos tratamientos demuestran mejoras significativas y combinados con la fisioterapia, representan un enfoque muy prometedor para tratar esta patología, reforzando la importancia de un enfoque biopsicosocial para su abordaje ^(19,21).

Se pueden incluir diversas terapias físicas en el tratamiento, tales como la desensibilización con dilatadores, la estimulación eléctrica, el biofeedback electromiográfico, la terapia manual (que abarca la liberación miofascial, el masaje, la manipulación articular, la movilización visceral y la movilización neural), el ejercicio terapéutico y programas de fisioterapia combinada ^(10,25,30,31).

La acupuntura es otro tratamiento que ha demostrado ser efectivo en mejorar la función sexual y el bienestar en general ⁽³²⁾.

Sin embargo, actualmente no hay pruebas concluyentes de que ninguna terapia sea completamente eficaz por sí sola, por lo que se sugiere combinar múltiples intervenciones adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. Esto se puede lograr mediante un enfoque multidisciplinario que involucre la fisioterapia, la medicina, la psicología y, si es posible, la sexología ^(4,6,10).

El objetivo de esta revisión sistemática es estudiar la evidencia de la literatura científica disponible, en ensayos clínicos, sobre la eficacia de los distintos tratamientos fisioterapéuticos en mujeres con vaginismo y analizar sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión sistemática, en la que se abordan los distintos tratamientos disponibles, dentro del campo de la fisioterapia, para el vaginismo. Se comprueba su influencia y eficacia frente a esta patología. Debido a esto, se realiza una búsqueda de la literatura científica en la que, se recogen distintos ensayos clínicos que se adapten a nuestros criterios y se realiza un análisis y comparación de los resultados obtenidos.

La búsqueda se realizó entre los meses de noviembre 2022 hasta marzo de 2023.

2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Diseño**: Se compone de Ensayos Clínicos Aleatorios.
- **Población**: Se incluyen mujeres que hayan recibido o no un tratamiento fisioterapéutico, comprendidas entre 18-65 años.
- **Tipo de intervención**: Que utilizaran cualquier tratamiento dentro del campo que incumbe a la fisioterapia para la mejora y/o prevención del vaginismo. Además de, tratamientos de la hipertensión, hipertrofia y/o disfunción de la musculatura del suelo pélvico con relación a problemas durante o ante la penetración. Se incluyen también en la búsqueda, ensayos clínicos que utilicen tratamientos para la dispareunia, ya que presenta una gran relación fisiopatológica con el vaginismo.
- **Medidas y resultados**: Que midiesen si el tratamiento fisioterapéutico prevenía y/o mejorara el vaginismo en esta población.
- **Fecha de publicación**: Artículos publicados en los últimos 10 años (2012-2022). Así, se logra que la información sea lo más actualizada posible.

- **Idioma:** Sin filtros, no obstante, se centra el estudio sobre artículos en inglés y español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Sujeto de estudio:** Se excluyen pacientes embarazadas, con prolapso urogenital mayor que 1 en la escala POP-Q y que por diferentes motivos no puedan participar en el estudio.
- **Intervención:** Se rechazan los artículos a los que no se tenía acceso completo de manera gratuita. Aquellos que presentaban enfermedades asociadas al vaginismo y los que hablaban sobre vaginismo, pero no de un tratamiento dentro del campo de la fisioterapia para éste.

2.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En primer lugar, antes de comenzar la búsqueda inicial nos planteamos la siguiente pregunta PICO: “¿Mejoran y/o previenen los diferentes tratamientos fisioterapéuticos el vaginismo en mujeres de 18-65 años?”

P (*Population*/Población): Mujeres de entre 15-65 años.

I (*Intervention*/Intervención): Tratamiento fisioterapéutico en el vaginismo y disfunciones de la musculatura suelo pélvico.

C (*Comparison*/Comparación): Entre los distintos tratamientos disponibles dentro del campo que incumben a la fisioterapia.

O (*Outcomes*/Observación): Analizar o probar la eficacia de los distintos tratamientos dentro del campo que incumbe a la fisioterapia frente a la prevención y tratamiento del vaginismo y la disfunción que genera.

Comenzamos la búsqueda inicial sin introducir ningún filtro en distintas bases de datos, con la palabra clave “vaginismus” mediante la cual encontramos los siguientes artículos científicos: 482 en PubMed, 1 en PEDro, 67 en Cochrane y 12 en SciELO. Combinamos

esta con "physical therapy y la búsqueda se redujo a: 49 en PubMed, 0 en PEDro, 10 en Cochrane y 0 en SciELO.

A continuación, se lleva a cabo una búsqueda sistemática con los filtros "clinical trial", "10 years" utilizando los términos específicos "dyspareunia", "physical therapy", "electrical stimulation", "sexual dysfunction", "pelvic floor muscle dysfunction", "incontinence".

Como otro recurso, se realiza una **búsqueda manual** a través de revistas electrónicas como: "Women's Health Journal" y "Physical Therapy Journal of the American Physical Therapy Association". Además de, una búsqueda en la biblioteca de la EUG-Torrelavega. De esta búsqueda manual, no se logran seleccionar artículos, ya que no cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Tras no hallar resultados, se realiza otro tipo de búsqueda manual. A partir de revisiones sistemáticas sobre la implicación y tratamiento del vaginismo, por parte de la fisioterapia. Se encuentra 1 artículo a través de este método. Los demás artículos utilizados en estas revisiones son repetidos o no cumplen nuestros criterios de inclusión/exclusión.

Tras esto, se descartan los artículos que no cumplen los criterios de inclusión y los que cumplen los criterios de exclusión, además de aquellos que no alcanzan una puntuación de 7 puntos en la escala CASPe.

Finalmente se seleccionan 10 artículos que cumplen todos los criterios y objetivos establecidos anteriormente.

BÚSQUEDA SISTEMÁTICA

1#,2#,3#,4#,5#,6#

PUBMED

PEDro

COCRHANE

SCIELO

351
artículos

33 artículos

567
artículos

31 artículos

252
artículos
con filtro

11 artículos
con filtro

398
artículos
con filtro

18 artículos
con filtro

9 artículos
escala
CASPe

0 artículos
escala
CASPe

1 artículo
escala
CASPe

0 artículos
escala
CASPe

**BÚSQUEDA
MANUAL**

7 artículos

1 artículo
con filtro

1 artículo
escala
CASPe

RESULTADO FINAL: 10 ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

Tabla 1. Estrategia de búsqueda y selección de artículos relevantes.

2.3 DETALLE DE BÚSQUEDA

Se llevan a cabo dos búsquedas, en primer lugar, una general y a continuación una más específica

Búsqueda general:

- 1#["vaginismus"]

Búsqueda específica

- 2# ["vaginismus"] AND ["physical therapy"]
- 3# ["dyspareunia"] AND ["physical therapy"]
- 4# ["dyspareunia"] AND ["electrical stimulation"]
- 5# ["sexual dysfunction"] AND ["physical therapy"]
- 6# ["Pelvic floor muscle dysfunction"] AND ["physical therapy"] NOT ["incontinence"]

PALABRAS CLAVE, TÉRMINOS DE BÚSQUEDA Y COMBINACIONES			
PALABRAS CLAVE	BASE DE DATOS	COMBINACIONES	RESULTADOS
1. "Vaginismus" 2. "Dyspareunia" 3. "physical therapy" 4. "electrical stimulation" 5. sexual dysfunction 6. Pelvic floor muscle dysfunction 7. Incontinence	PubMed	1	482
		1 +Filtros	6
		1 AND 3	49
		1 AND 3+Filtros	1
		2 AND 3	355
		2 AND 3 +filtros	27
		2 AND 4	31
		2 AND 4 + Filtros	8
		5 AND 3	2222
		5 AND 3+ Filtros	146
		6 AND 3 NOT 7	379
		6 AND 3 NOT 7+Filtros	64

Filtros: - Clinical trial - 10 years	PeDro	1	1
		1+ Filtros	1
		1 AND 3	0
		1 AND 3+Filtros	0
		2 AND 3	5
		2 AND 3 +filtros	2
		2 AND 4	4
		2 AND 4 + Filtros	2
		5 AND 3	8
		5 AND 3+ Filtros	3
		6 AND 3 NOT 7	6
		6 AND 3 NOT 7+Filtros	1
	Cochrane	1	67
		1+ Filtros	51
		1 AND 3	10
		1 AND 3+Filtros	10
		2 AND 3	81
		2 AND 3 +filtros	62
		2 AND 4	14
		2 AND 4 + Filtros	13
		5 AND 3	350
		5 AND 3+ Filtros	224
		6 AND 3 NOT 7	45
		6 AND 3 NOT 7+Filtros	38
	SciELO	1	12
		1+ Filtros	8
		1 AND 3	0
		1 AND 3 +Filtros	0
		2 AND 3	2
		2 AND 3+Filtros	1
		2 AND 4	1

		2 AND 4 + Filtros	1
		5 AND 3	10
		5 AND 3+ Filtros	5
		6 AND 3 NOT 7	6
		6 AND 3 NOT 7+Filtros	3

Tabla 2. Resumen búsqueda bibliográfica.

2.4 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA Y CIENTÍFICA DE LOS ARTÍCULOS

Tras realizar la búsqueda descrita previamente, se seleccionan 10 artículos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Estos artículos, se analizan mediante la escala CASPe para determinar su calidad metodológica.

En esta escala, se realizan 11 preguntas de distinta índole diseñadas para centrarse en los diferentes aspectos del estudio de forma sistemática. Al analizar un ensayo clínico mediante esta escala, sólo se seguirían contestando las preguntas restantes, si la respuesta a las tres primeras preguntas de “eliminación” es “sí”. De esta forma, se realiza una selección de las publicaciones que obtengan una puntuación igual o superior a 7 en la escala CASPe, siendo esta escala del 1 al 11, ya que se evitan sesgos de publicación y/o selección.

En la siguiente tabla, se hace un resumen a cerca de los resultados obtenidos en relación a cada pregunta de la escala CASPe. En última instancia, en el apartado de anexos (Anexo A), se incluyen las tablas individuales de cada artículo de forma detallada.

CASPe	RESPUESTA A LA PREGUNTA CORRESPONDIENTE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Score:
Yaraghi M et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NS	Sí	Sí	Sí	10/11
Işık C et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9/11
Serdar A et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	NS	Sí	Sí	Sí	8/11
Zarski AC et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	9/11
Aslana M et al.	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	8/11
Franco MM et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	8/11
Hurt K et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	NS	Sí	Sí	Sí	9/11
Yao L et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	NS	Sí	Sí	Sí	9/11
Sigrid A et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	9/11
Zhou Y. et al.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11

Tabla 3: Resumen escala CASPe.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se seleccionan 10 artículos científicos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y que responden a la búsqueda científica establecida. Se procede a su lectura para llevar a cabo un análisis de los resultados obtenidos. En el apartado de anexos (anexo B) se incluye una tabla resumen con los datos más relevantes de cada artículo.

Las variables de estudio en estos ensayos son el vaginismo y la dispareunia, además de las repercusiones que presentan estas patologías en la función sexual, suelo pélvico y calidad de vida de las mujeres.

Se analizan los resultados obtenidos en cada artículo con el fin de poder comprobar la eficacia de los distintos tratamientos en la recuperación del vaginismo y de la dispareunia.

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS

El objetivo del estudio Yaraghi M et al.⁽³³⁾ es comparar la eficacia de la fisioterapia para los músculos del suelo pélvico y la inyección local de toxina botulínica como tratamiento del vaginismo primario. 58 mujeres de entre 20-40 años con vaginismo primario fueron asignadas aleatoriamente a los grupos de inyección de toxina botulínica o de fisioterapia (control).

La duración de respuesta a los tratamientos no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p=0,37$).

Los resultados se midieron en función de las relaciones sexuales satisfactorias y el funcionamiento sexual mediante la escala FSFI. Éstos, indicaron que la fisioterapia que incluía la estimulación eléctrica funcional y la desensibilización era más eficaz que el tratamiento con toxina botulínica, ya que un mayor número de participantes del grupo control lograba mantener relaciones sexuales satisfactorias y experimentaba una disminución de las frecuencias de disfunción sexual.

En Işık C et al.⁽³⁴⁾ se determina si la combinación del asesoramiento sexual y la relajación del suelo pélvico obtiene mayor éxito que el uso aislado de la fisioterapia en el tratamiento de mujeres con vaginismo.

Se incluyó de manera aleatoria a un total de 34 mujeres de entre 19-45 años sometidas a tratamiento por vaginismo. De las cuales 17 en el grupo experimental recibieron relajación pélvica y asesoramiento sexual basado en el modelo IMB, y 17 en el grupo de control recibieron tratamiento rutinario.

Las mujeres completaron evaluaciones a la tercera semana y al segundo mes después del coito, incluyendo las puntuaciones del FSFI y del VPCQ. Los resultados indicaron que el grupo experimental obtuvo aumentos estadísticamente significativos en las puntuaciones totales del FSFI, así como en las dimensiones de deseo ($p=0.006$) excitación ($p=0.002$), orgasmo ($0,001$), placer ($0,001$) y dolor ($p=.008$), en comparación con el grupo de control. Además, hubo una reducción significativa en las puntuaciones VPCQ en el grupo experimental después del tratamiento y en comparación con el grupo de control.

En conclusión, las intervenciones de asesoramiento sexual y relajación pélvica repercuten positivamente en la función sexual de las mujeres con vaginismo.

En Serdar A et al.⁽³⁵⁾ se evalúa la eficacia de la EVE en mujeres con disfunción sexual femenina sin trastorno predominante del suelo pélvico ni incontinencia urinaria. Se asignó aleatoriamente a un total de 42 mujeres con FSD; 24 al grupo de EVE y 18 al grupo de control. El resultado primario medido fue la mejora en las puntuaciones del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y también se realizaron evaluaciones de los músculos del suelo pélvico (PFM). Los resultados, mostraron que tanto el grupo de EVE como el grupo de control experimentaron mejoras significativas en las puntuaciones totales del FSFI, observándose mejoras en los dominios de excitación, deseo, orgasmo y satisfacción en el grupo de EVE. Sin embargo, no se observaron cambios significativos en los ámbitos del dolor o la lubricación en ninguno de los dos grupos.

En conclusión, la EVE puede mejorar algunos aspectos de la función sexual, su eficacia como monoterapia para la FSD primaria sin trastorno del suelo pélvico es cuestionable. Es posible que se necesite más investigación para explorar su posible uso como parte de un enfoque de tratamiento integral de la FSD.

En el estudio Zarski AC et al.⁽³⁶⁾ se evaluó la eficacia de una intervención de autoayuda guiada por Internet para el vaginismo. Setenta y siete mujeres de entre 24-28 años con vaginismo, fueron divididas aleatoriamente, 37 al grupo control y 40 al grupo intervención.

La intervención consistió en diez sesiones de psicoeducación, ejercicios de relajación, enfoque sensitivo y exposición gradual con dilatadores. Tras la pauta de tratamiento completa, se observaron mayores diferencias significativas en el grupo de intervención en aspectos como la penetración sin coito, funcionamiento sexual y el afrontamiento dinámico. Sin embargo, el estudio no presenta diferencias significativas entre ambos grupos en el resultado primario del coito satisfactorio, ni en el miedo al coito.

En conclusión, las intervenciones basadas en Internet podrían ser una modalidad de tratamiento útil para complementar otros métodos en la atención de las dificultades de penetración vaginal. Sin embargo, se requieren más estudios.

Aslana M et al.⁽³⁷⁾ compara la eficacia de un dilatador vaginal frente al uso del dedo en el tratamiento del vaginismo. 62 mujeres de entre 18-43 años, 30 al grupo del entrenamiento con el dedo y 32 al grupo del uso del dilatador.

Los grupos recibieron capacitación sobre dilatación y desensibilización. Se aplicó el FSFI, por el cual se observaron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos ($p < 0.001$). A los tres meses del tratamiento el grupo DTG tuvo mayor éxito en las funciones sexuales.

Además, hubo una diferencia significativa entre los dos grupos en términos del número de abandonos de pacientes ($p = 0.016$): el DTG fue más exitoso en la continuidad del tratamiento que el FTG.

Se puede concluir que el DTG es más exitoso en la continuidad del tratamiento y muestra una mayor mejoría en las funciones sexuales.

En el ensayo Franco MM et al. ⁽³⁸⁾ se evaluó el efecto del entrenamiento muscular del suelo pélvico sobre la función sexual y la función del suelo pélvico. 77 mujeres divididas aleatoriamente 40 en el grupo intervención y 37 en el grupo control.

El grupo de intervención recibió PFMT mientras que, el grupo control no recibió ninguna intervención.

Tras 12 semanas de tratamiento, se encontró un mayor porcentaje de mujeres con reducción del dolor en la penetración en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los demás aspectos de la FSFI ($p > 0.005$)

El ensayo se ve limitado por el uso de una sola herramienta para evaluar la función sexual, aunque se trataba de un cuestionario validado.

En conclusión, aunque se obtiene una mejora de la disfunción sexual a las 12 semanas de tratamiento se requieren más estudios para validar la eficacia de este protocolo de ejercicio en el tratamiento de la disfunción del suelo pélvico.

En el estudio de Hurt K et al. ⁽³⁹⁾ el objetivo era investigar la eficacia del tratamiento con ESWT en la dispareunia idiopática no orgánica en mujeres. 62 mujeres de entre 20-51 años fueron asignadas aleatoriamente: 31 al grupo de tratamiento y 31 al grupo placebo. El grado de dispareunia se evaluó mediante la escala de dispareunia de Marinoff y la intensidad subjetiva del dolor en una escala analógica visual antes y después del tratamiento. Se realizaron seguimientos 1, 4 y 12 semanas después de la última sesión de ESWT.

Los resultados mostraron en las tres mediciones que la ESWT redujo significativamente el dolor subjetivo que presentaban las mujeres ($p < 0,001$). Sin embargo, en el grupo placebo no se obtuvieron resultados positivos.

Por lo tanto, la ESWT es un tratamiento eficaz para la dispareunia en las mujeres.

Yao L et al.⁽⁴⁰⁾ comprueba mediante imágenes de ultrasonido 4D, la eficacia del tratamiento de acupuntura en mujeres postparto con disfunción del suelo pélvico. 80 mujeres fueron divididas aleatoriamente en el grupo control que recibió fisioterapia convencional y el grupo intervención al cual se aplicó la acupuntura además de recibir fisioterapia

Los resultados del estudio muestran que la terapia de acupuntura mejora significativamente el descenso del cuello de la vejiga, el área del músculo elevador anal y reduce el diámetro del agujero del músculo elevador anal en comparación con el grupo de control.

Por lo tanto, el grupo de investigación presenta una diferencia estadísticamente significativa respecto a la calidad de la contracción y la funcionalidad de ésta. Además, se presenta la imagen de ultrasonido 4D como una herramienta objetiva y cuantificable para evaluar la eficacia de la terapia y el diagnóstico de FPPD.

En Sigrid A et al.⁽⁴¹⁾ compara la fisioterapia multimodal grupal con la fisioterapia de atención primaria en mujeres con dolor pélvico crónico.

62 mujeres de entre 25-65 años fueron divididas aleatoriamente, 30 al grupo de intervención y 32 al grupo control

En cuanto a los resultados, hubo diferencias significativas en el miedo al movimiento por dolor y patrón respiratorio en ambos grupos ($p < 0,05$). Los demás aspectos no muestran resultados relevantes.

En conclusión, la fisioterapia multimodal grupal puede ser más eficaz que la fisioterapia de atención primaria para reducir la intensidad del dolor pélvico, aunque se necesitan más investigaciones para determinar la relevancia clínica de esta diferencia.

En Zhou Y. et al.,⁽⁴²⁾ compara la combinación de la terapia de manipulación con terapia de biorretroalimentación de estimulación eléctrica frente a la aplicación aislada de cada una de las terapias.

Setenta y dos mujeres de entre 26-33 años con disfunción sexual fueron divididas aleatoriamente en tres grupos. El grupo A y B recibieron terapia de manipulación y de biorretroalimentación eléctrica, respectivamente, mientras que el grupo C recibió la combinación de ambas terapias.

Los resultados evidenciaron que, el grado de fuerza y fatiga de las pacientes del grupo C fue significativamente mejor que el de los otros grupos ($p < 0.05$).

Por lo que se puede concluir que la combinación de ambas terapias (manipulación, estimulación eléctrica y biofeedback) puede mejorar eficazmente la recuperación de la disfunción sexual y la calidad de vida sexual.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión es demostrar la eficacia de un tratamiento y enfoque fisioterapéutico en el manejo del vaginismo y las disfunciones de la musculatura del suelo pélvico que lo provocan en mujeres de 18-65 años.

Tras la revisión de los estudios incluidos, se ha observado una gran diversidad en los resultados, una importante superposición conceptual y una falta de consenso en cuanto a las variables analizadas y los métodos de medición utilizados para cada una de ellas.

En cuatro de los artículos analizados ^(35,36,38,41) no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control. Sin embargo, ambos grupos presentan mejorías estadísticamente significativas en cuanto a la calidad de las relaciones sexuales experimentadas en alguna de las mediciones llevadas a cabo a lo largo del estudio. La herramienta común utilizada para valorar el éxito del tratamiento fue el FSFI, a excepción de un artículo ⁽⁴¹⁾ que emplea la EVA. Cabe destacar, la limitación encontrada en el artículo Franco MM et al ⁽³⁸⁾ por el uso exclusivo del FSFI como única herramienta de valoración.

En los seis artículos restantes, ^(33,34,37,39,40 y 42), se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados. En Aslana M et al. se verificó a los tres meses la efectividad de los dilatadores vaginales y la adherencia de esta terapia frente a la terapia de inserción manual ⁽³⁷⁾. Cabe destacar la posibilidad de participación mencionada en este tipo de tratamientos por parte de la pareja. Con ella, las mujeres con este tipo de patologías pueden sentir un gran apoyo psicológico que probablemente se reflejará de manera positiva en la recuperación.

El uso de la toxina botulínica quedó contrarrestado con la estimulación eléctrica y la desensibilización ⁽³³⁾. Se establece como tratamiento de primera línea para el vaginismo las técnicas de fisioterapia ya que se obtuvo mayor diferencia significativa en el FSFI frente al grupo que recibió la toxina botulínica. Sin embargo, no se obtuvo diferencias significativas en la duración de la respuesta al tratamiento entre ambos grupos. Se concluyó que no hay un enfoque unificado para tratar el vaginismo, y que hay varias modalidades disponibles. Ambos tratamientos parecen ser efectivos para tratar el vaginismo. Es importante señalar que el tratamiento con toxina botulínica a menudo se combina con el uso de dilatadores y algunas sesiones de fisioterapia, lo que demuestra la

presencia de la fisioterapia en el tratamiento. Dado que este enfoque es conservador y no tiene efectos secundarios, podría ser considerado como el primer paso en el tratamiento.

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede deducir que la fisioterapia puede ser la opción de tratamiento principal por varias razones. En primer lugar, hay un cambio en el enfoque del tratamiento que implica que la mujer sea consciente y participe en su propia recuperación. En segundo lugar, se priorizan los tratamientos conservadores en lugar de los invasivos. En último lugar, debido a la falta de claridad en cuanto a los factores causales del vaginismo, la fisioterapia busca abordar no solo el aspecto físico sino también involucrar a la mujer en el tratamiento para que pueda entender las causas de su dolor y abordar el problema de manera más completa. En contraste, el tratamiento con toxina botulínica se enfoca más en el aspecto físico, lo que puede dejar de lado otros factores relevantes.

Por otra parte, la combinación de los tratamientos fisioterapéuticos con el asesoramiento sexual aumenta positivamente los resultados de estos. Se observó que el modelo IMB combinado con la relajación del suelo pélvico a la segunda semana y tercer mes de tratamiento mejoraban las puntuaciones del FSFI y VPCQ en mujeres con vaginismo ⁽³⁴⁾.

Otras técnicas como las ondas de choque extracorpóreas redujeron el dolor en la penetración a la 1º, 4º y 12º semanas de medición mediante la EVA y Marinoff ⁽³⁹⁾.

En Yao L et al se observa que la acupuntura combinada con ejercicios de contracción controlada del suelo pélvico mejora la calidad y función de esta, por lo que puede ser un tratamiento efectivo en mujeres con disfunción del suelo pélvico tras el parto. Además, el ultrasonido en 4D puede ser una herramienta útil y fiable para este tipo de patologías ⁽⁴⁰⁾.

Por otra parte, en Zarski et al. ⁽³⁶⁾ se observa que otras vías de tratamiento, como puede ser una guía basada en resultados de internet, pueda lograr educar e informar a las pacientes sobre su patología y ser otra herramienta de tratamiento complementaria a otras técnicas.

Se ha demostrado que combinar varios métodos terapéuticos es una opción de tratamiento efectiva para mujeres con vaginismo ^(37, 38, 40). Una terapia que incluye terapia manual, ejercicios de la musculatura del SP con biofeedback, electroestimulación, dilatadores vaginales y ejercicios en el hogar puede mejorar la dispareunia, el catastrofismo del dolor

y la ansiedad relacionada con el dolor, así como la función sexual general. Además, puede mejorar el estado de los músculos del SP, normalizando el tono muscular, reduciendo el dolor y aumentando la flexibilidad y la fuerza muscular. Aunque los estudios evaluaron diferentes variables, ambos coinciden en que un enfoque terapéutico multimodal produce buenos resultados.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios analizados, es posible afirmar que el tratamiento fisioterapéutico del vaginismo puede generar una mejora tanto en la dimensión física como en la función sexual ^(34, 36, 39, 40). Esta es una conclusión importante que no debe ser ignorada, ya que investigaciones previas han demostrado el impacto negativo que las disfunciones sexuales tienen en la calidad de vida de las mujeres. Por lo tanto, es fundamental que las pacientes obtengan resultados positivos en ambas áreas.

Las principales limitaciones encontradas en los artículos seleccionados son el pequeño tamaño de muestra utilizado en los estudios, con el que es difícil determinar los efectos específicos de las distintas terapias y el escaso tiempo de seguimiento de los pacientes. En comparación a otras patologías que puedan causar disfunción sexual como la disfunción eréctil masculina, en la cual, hay un campo de investigación mucho mayor, el vaginismo presenta estudios de baja calidad científica y en números ínfimos.

Otro de los aspectos que limita a la mayoría de estos estudios es el uso de una medida subjetiva para valorar el éxito del tratamiento. En cuanto a las medidas de efectividad de los estudios, no se llegó a un consenso sobre cuál es la medida de efectividad correcta. El uso del FSFI como medida de efectividad podría ser sesgado, ya que este cuestionario se basa en seis áreas (lubricación, excitación, orgasmo, deseo, satisfacción y dolor), que están directamente relacionadas con la calidad de vida y las condiciones individuales de cada persona. Por lo tanto, la mejora o no en este cuestionario puede estar causada por otros factores además del tratamiento del vaginismo.

Uno de los objetivos de los diferentes estudios expuestos, fue evaluar los posibles efectos del tratamiento en la calidad de vida de las mujeres. Sin embargo, este objetivo no se pudo cumplir ya que ninguno de los estudios revisados consideró la mejora de la calidad de vida de las mujeres como un resultado medible. Es importante destacar que existen cuestionarios validados para evaluar la calidad de vida, como por ejemplo la escala de calidad de vida de la OMS, conocida como World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Alguno de los estudios, como el de Zhou Y. et al. ⁽⁴¹⁾, nombran la

satisfacción de las mujeres tras recibir el tratamiento, pero este dato no puede responder al objetivo previamente mencionado.

Debido a la falta de investigaciones en este ámbito, las muestras de estudio no son homogéneas, lo que dificulta la definición de tratamientos específicos para ciertas poblaciones, como las pacientes con vaginismo primario. Aunque algunos estudios han incluido a esta población en su revisión, no todos lo han hecho, lo que impide una descripción detallada de cuál población se beneficiaría más de dichos tratamientos. Por lo que dificulta la extrapolación de los tratamientos estudiados a la práctica clínica.

Es importante tener en cuenta que el término vaginismo está vinculado a una cierta heteronormatividad, ya que se asocia con las relaciones sexuales completas, definidas como aquellas que implican penetración completa. Por lo tanto, en muchos estudios puede ser un error que el objetivo del tratamiento sea la penetración completa, ya que algunas mujeres pueden tener como objetivo principal la capacidad de tolerar una exploración ginecológica sin dolor, por lo que el objetivo de la penetración completa no se ajustaría a sus necesidades o prioridades específicas. Es necesario reflexionar sobre el término vaginismo y, por lo tanto, adaptar el tratamiento y los objetivos a las necesidades individuales de cada paciente.

CONCLUSIÓN

El vaginismo es un problema común entre las mujeres, pero la falta de información disponible puede llevar a la confusión, negación o inacción tanto por parte de las pacientes como de los profesionales de la salud.

Según la evidencia actual, los abordajes más efectivos incluyen la electroterapia, la terapia manual y la combinación de varios métodos terapéuticos. Destaca la importancia de adaptar el tratamiento al paciente, ya que el vaginismo puede ser causado por múltiples factores. Aunque las técnicas de fisioterapia se consideran la primera línea de tratamiento, se recomienda un tratamiento multidisciplinar.

Se requiere más investigación acerca de las patologías sexuales femeninas, concretamente en el vaginismo, en particular ensayos clínicos aleatorizados con muestras más grandes para que los resultados puedan ser concluyentes y aplicables a la práctica clínica.

El uso de técnicas de fisioterapia como tratamiento inicial es efectivo y empodera a la mujer en su tratamiento, ya que no tiene efectos adversos y utiliza técnicas no invasivas. Es fundamental que se proporcione a las mujeres información adecuada sobre el vaginismo, que se les brinde apoyo y atención integral durante su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez BKauffman. Rehabilitación del suelo pélvico femenino. 1 a ed. Madrid: Panamericana; 2014. 2014.
2. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 2013;
3. Current views on etiology, diagnosis and the treatment of pain connected with sexual intercourse at women - PubMed [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19323058/>
4. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct [Internet]. 2009 [citado 30 de marzo de 2023];20 Suppl 1(SUPPL. 1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19440781/>
5. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. Arch Sex Behav. febrero de 2004;33(1):5-17.
6. Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. BMJ [Internet]. 25 de julio de 2009 [citado 31 de marzo de 2023];338(7714):225-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19541697/>
7. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 31 de marzo de 2023];28(7):977-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108498/>
8. Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. Am Fam Physician [Internet]. 15 de mayo de 2021 [citado 30 de marzo de 2023];103(10):597-604. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983001/>

9. 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* [Internet]. septiembre de 2012 [citado 31 de marzo de 2023];18(5):259-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22983268/>
10. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond)* [Internet]. septiembre de 2010 [citado 2 de abril de 2023];6(5):705-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20887170/>
11. Boardman LA, Stockdale CK. Sexual pain. *Clin Obstet Gynecol*. diciembre de 2009;52(4):682-90.
12. Palacios S, Castaño R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* [Internet]. 20 de junio de 2009 [citado 2 de abril de 2023];63(2):119-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19482447/>
13. Heiman JR. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res*. 2002;39(1):73-8.
14. Cryle P, Moore A. [Vaginismus]. *Contracept Fertil Sex* [Internet]. 1996 [citado 2 de abril de 2023];24(3):67-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8688906/>
15. Kapurubandara SC, Lowes B, Sansom-Daly UM, Deans R, Abbott JA. A systematic review of diagnostic tests to detect pelvic floor myofascial pain. *Int Urogynecol J*. 1 de septiembre de 2022;33(9):2379-89.
16. Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cogn Behav Ther*. 2010;39(3):193-202.
17. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. The role of personal factors in quality of life among Iranian women with

- vaginismus: a path analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 1 de diciembre de 2021;19(1).
18. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav*. abril de 2010;39(2):292-303.
 19. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Roozbeh N, Zare F. Sexual function among women with vaginismus: a biopsychosocial approach. *J Sex Med*. 27 de febrero de 2023;20(3):298-312.
 20. Alizadeh A, Farnam F, Raisi F, Parsaeian M. Prevalence of and Risk Factors for Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: A Population-Based Study of Iranian Women. *Journal of Sexual Medicine*. 1 de julio de 2019;16(7):1068-77.
 21. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. *Reprod Health [Internet]*. 1 de diciembre de 2021 [citado 2 de abril de 2023];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34663378/>
 22. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. The role of personal factors in quality of life among Iranian women with vaginismus: a path analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 1 de diciembre de 2021;19(1).
 23. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther [Internet]*. 2003 [citado 2 de abril de 2023];29(1):47-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12519667/>
 24. Pâquet M, Rosen NO, Steben M, Mayrand MH, Santerre-Baillargeon M, Bergeron S. Daily Anxiety and Depressive Symptoms in Couples Coping With Vulvodynia: Associations With Women's Pain, Women's Sexual Function, and Both Partners' Sexual Distress. *Journal of Pain*. 1 de mayo de 2018;19(5):552-61.

25. Levandoski NT, Furlanetto MP. Physiotherapeutic resources in vaginismus. *Fisioterapia Brasil*. 19 de noviembre de 2020;21(5):525-34.
26. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*. febrero de 2004;33(1):5-17.
27. Karp BI, Tandon H, Vigil D, Stratton P. Methodological approaches to botulinum toxin for the treatment of chronic pelvic pain, vaginismus, and vulvar pain disorders. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 2 de abril de 2023];30(7):1071-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30617506/>
28. Zheng Z, Yin J, Cheng B, Huang W. Materials Selection for the Injection into Vaginal Wall for Treatment of Vaginal Atrophy. *Aesthetic Plast Surg*. 1 de junio de 2021;45(3):1231-41.
29. Kadir ZS, Sidi H, Kumar J, Das S, Midin M, Baharuddin N. The Neurobiology and Psychiatric Perspective of Vaginismus: Linking the Pharmacological and Psycho-Social Interventions. *Curr Drug Targets*. 23 de febrero de 2017;19(8):916-26.
30. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 de diciembre de 2012 [citado 2 de abril de 2023];12(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23235583/>
31. Aalaie B, Tavana B, Rezasoltani Z, Aalaei S, Ghaderi J, Dadarkhah A. Biofeedback versus electrical stimulation for sexual dysfunction: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*. 1 de mayo de 2021;32(5):1195-203.
32. Zheng Y, Yang H, Yin X, Ma X, Guo L. Acupoint injection combined with pelvic floor rehabilitation in the treatment of postpartum pelvic floor disorders: A protocol of randomized controlled trial. *Medicine* [Internet]. 11 de junio de 2021 [citado 2 de

abril de 2023];100(23):E25511. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34114980/>

33. 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 trial. *Int Urogynecol J*. 2019;30(11).
34. Işık C, Aslan E. The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. *Int Urogynecol J*. 1 de marzo de 2023;34(3):683-92.
35. Aydin S, Arioğlu Aydin Ç, Batmaz G, Dansuk R. Effect of Vaginal Electrical Stimulation on Female Sexual Functions: A Randomized Study. *Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(2).
36. Zarski AC, Berking M, Fackiner C, Rosenau C, Ebert DD. Internet-Based Guided Self-Help for Vaginal Penetration Difficulties: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Sexual Medicine*. 2017;14(2).
37. Aslan M, Yavuzkır Ş, Baykara S. Is “Dilator Use” More Effective Than “Finger Use” in Exposure Therapy in Vaginismus Treatment? *J Sex Marital Ther*. 2020;46(4).
38. Franco MM, Pena CC, de Freitas LM, Antônio FI, Lara LAS, Ferreira CHJ. Pelvic Floor Muscle Training Effect in Sexual Function in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Sexual Medicine*. 2021;18(7).
39. Hurt K, Zahalka F, Halaska M, Rakovicova I, Rakovic J, Cmelinsky V. Extracorporeal shock wave therapy for treating dyspareunia: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Ann Phys Rehabil Med*. 2021;64(6).

40. Yao L, Li F, Wang D, Sheng S, Covali R. Evaluation of acupuncture treatments of postpartum female pelvic floor dysfunction by four-dimensional transperineal pelvic floor ultrasound. *Medicine (United States)*. 2021;100(42).
41. Nygaard AS, Rydningen MB, Stedenfeldt M, Wojniusz S, Larsen M, Lindsetmo RO, et al. Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(10).
42. Zhou Y, Li X, Sun S, Yan W, Tang Y, Xiang Y. Efficacy of physical therapy for female sexual dysfunction. *Journal of Central South University (Medical Sciences)*. 2018;43(11).

ANEXOS

A) EVALUACION METODOLOGICA CASPe DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN PREGUNTAS:

Preguntas de eliminación

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?
3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?

Preguntas de detalle

4. ¿Se mantuvo el cegamiento a los pacientes, los clínicos y el personal de estudio?
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?
9. ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?

11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?

CASPE:10 /11	PREGUNTAS	AUTOR: Mansooreh Yaraghi ¹ & Shirin Ghazizadeh ² & Fariba Mohammadi ³ & Elahe Miri Ashtiani ⁴ & Mahmood Bakhtiyari ⁵ & Sayeda Mahjabeen Mareshi ⁶ & Fatemeh Sadat Sarfjoo ⁷ & Tahereh Eftekhari ¹
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí.
	2º	Sí
	3º	Sí. Todos los pacientes fueron considerados hasta el final del estudio.
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	Sí. Presenta triple ciego
	5º	Sí. La muestra utilizada fue 58 mujeres de entre 20-40 años, con vaginismo primario de grado III o IV según Lambert divididas de manera aleatoria. Los niveles educativos tampoco mostraron diferencias significativas ($p=0.24$)
	6º	Sí. Se les aplicó a todos los pacientes las mismas escalas y el mismo seguimiento en el mismo periodo de tiempo independientemente del grupo al que pertenecían
	7º	Sí. Hubo diferencias significativas entre el grupo de control e intervención. ($P<0,05$).
	8º	N/S. No lo especifica.
	9º	Sí. Ya que los criterios utilizados en el estudio se encuentran en la población general.
	10º	Sí
	11º	Sí. Ya que se demuestra que el tratamiento de primera línea a seguir es más eficaz con desensibilización y estimulación eléctrica. Por lo tanto, teniendo en cuenta la mayor eficacia de los procedimientos de fisioterapia

		estándar de acuerdo con las técnicas de desensibilización y estimulación eléctrica, este método de tratamiento debe considerarse como el tratamiento de primera línea tratamiento del vaginismo.
--	--	--

CASPE: 9/11	PREGUNTAS	AUTOR: Cansu Işık, Ergül Aslan
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Determinar los efectos del asesoramiento sexual y la relajación del suelo pélvico en las funciones sexuales de las mujeres que reciben tratamiento para el vaginismo.
	2º	Sí.
	3º	Sí.
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	No. Presenta simple ciego, solo se mantiene el cegamiento a los participantes
	5º	Sí. La muestra utilizada para este estudio fueron 34 mujeres con vaginismo, de entre 19-45 años, divididas aleatoriamente, 17 en el grupo de intervención y 17 en el grupo control. Todas con características sociodemográficas y de salud similares
	6º	No. El periodo de seguimiento no es el mismo para ambos grupos
	7º	Sí. Hubo diferencias significativas entre el grupo de control e intervención ($P < 0,05$) en deseo, excitación, orgasmo, placer y dolor.
	8º	Sí. Presenta un intervalo de confianza del 95%
	9º	Sí. Ya que los criterios utilizados en el estudio se encuentran en la población general.

	10º	Sí. Se tuvieron en cuenta todos los resultados y las variables estudiadas para llegar a una conclusión
	11º	Sí

CASPE: 8/11	PREGUNTAS	AUTOR: Serdar Aydın, MD,* Çağrı Arıoğlu Aydın, MD,† Gonca Batmaz, MD,* and Ramazan Dansuk, MD*
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Evaluar la eficacia de la EVE en mujeres con disfunción sexual
	2º	Sí
	3º	Sí
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	No. Presenta doble ciego
	5º	Sí, ambos grupos son similares en edad, características sociodemográficas y estado de salud.
	6º	Sí. Se les aplicó a todos los pacientes las mismas escalas y el mismo seguimiento en el mismo periodo de tiempo independientemente del grupo al que pertenecían
	7º	No. No hubo diferencias significativas entre los grupos control y placebo excepto en el ámbito de la satisfacción.
	8º	N/S. No incluye información al respecto.
	9º	Sí. Ya que los criterios utilizados en el estudio se encuentran en la población general.
	10º	Sí. Se tuvieron en cuenta todos los resultados y las variables estudiadas para llegar a una conclusión
	11º	Sí.

CASPE: 9/11	PREGUNTAS	AUTOR: Anna-Carlotta Zarski, Matthias Berking, Christina Fackiner Christian Rosenau and David Daniel Ebert
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Evaluar la eficacia de una guía basada en el uso de internet para ayudarse de forma autónoma en intervenir sobre el vaginismo.
	2º	Sí.
	3º	Sí.
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	No, Presenta doble ciego.
	5º	Sí. La muestra utilizada fue de 77 mujeres con vaginismo, de entre 24-28 años, divididas aleatoriamente en un grupo control de 37 y un grupo que recibe la intervención de 40. Todas ellas con características sociodemográficas similares.
	6º	Sí. Se les aplicó las mismas escalas y seguimiento durante todo el proceso a ambos grupos.
	7º	Si, hubo diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control ($p < 0.05$).
	8º	Sí. Presenta un intervalo de confianza del 95%.
	9º	No. Se llega a la conclusión de que puede ser útil en muchas mujeres con vaginismo, pero no a toda la población general por distintos motivos como puede ser la capacidad y/o dificultad para el acceso a internet.
	10º	Sí. Se tuvieron en cuenta todos los resultados y variables estudiadas a la hora de llegar a una conclusión.
	11º	Sí.

CASPE:8 /11	PREGUNTAS	AUTOR: Melike Aslana , Seyda Yavuzkır a , and Sema Baykara
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Comparación de la eficacia del uso del dilatador vaginal con el uso del dedo en mujeres con vaginismo primario grado II o más según Lambert.
	2º	Sí.
	3º	Sí. Todos los pacientes fueron considerados hasta el final del estudio.
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	Ns. No incluye información al respecto.
	5º	No. Respecto a las características de edad, vaginismo y antecedentes no se encuentra una diferencia significativa, sin embargo en el nivel educativo, aspecto muy importante, sí ($p=0.018$)
	6º	Sí. Se les aplico a todos los pacientes las mismas escalas y el mismo seguimiento en el mismo periodo de tiempo independientemente del grupo al que pertenecían
	7º	Sí. Hubo diferencias significativas en la calidad de las relaciones sexuales ($p<0.05$)
	8º	N/S. No incluye información al respecto.
	9º	Sí. Ya que los criterios utilizados en el estudio se encuentran en la población general.
	10º	Sí. Se tuvieron en cuenta todos los resultados y las variables estudiadas para llegar a una conclusión
	11º	Sí. Ya que obtiene una mejora significativa en el éxito de mantener relaciones sexuales al realizar el tratamiento con el dilatador vaginal.

CASPE: 8/11	PREGUNTAS	AUTOR: Maíra M. Franco, Caroline C. Pena, Leticia M. de Freitas, Flávia I. Antonio, Lucia A.S. Lara and Cristine Homsí Jorge Ferreira
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Probar la eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico sobre la mejora de la disfunción sexual femenina en mujeres postmenopáusicas y la mejoría de la función de la misma.
	2º	Sí.
	3º	Sí. Todos los pacientes seleccionados fueron considerados hasta el final del estudio.
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	No, presenta simple ciego.
	5º	Si, ambos grupos son similares en edad, características sociodemográficas y estado de salud.
	6º	Sí, se les aplica a todos los pacientes las mismas escalas y seguimiento durante la duración de la intervención, independientemente del grupo asignado.
	7º	No, no presenta $p < 0.05$ en relación a la mejora de la disfunción sexual en relación a la escala FSFI.
	8º	Si, hay un intervalo de confianza del 95%.
	9º	No, es una muestra con características muy concretas.
	10º	Si, se tuvieron en cuenta todos los resultados para llegar a una conclusión.
	11º	Si.

CASPE: 9/11	PREGUNTAS	AUTOR: Karel Hurt , Frantisek Zahalka, Michael Halaska, Ivana Rakovicova, Jakub Rakovic, Vaclav Cmelinsky.
--------------------	------------------	---

PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí
	2º	Sí
	3º	Sí. Todos los pacientes fueron considerados hasta el final del estudio.
PREGUNTAS DE DETALLE	4º	No. Presenta doble ciego
	5º	Sí. Ambos grupos son similares en edad, características saludables y sociodemográficas
	6º	Sí. Se les aplico a todos los pacientes las mismas escalas y el mismo seguimiento en el mismo periodo de tiempo independientemente del grupo al que pertenecían
	7º	Sí. Hubo diferencias significativas entre el grupo de control e intervención. ($P < 0,05$).
	8º	N/S. No incluye información al respecto.
	9º	Sí. Ya que los criterios utilizados en el estudio se encuentran en la población general.
	10º	Sí. Se tuvieron en cuenta todos los resultados y las variables estudiadas para llegar a una conclusión
	11º	Sí

CASPE: 9/11	PREGUNTAS	AUTOR: Liping Yao, Fengzhi Li, Dandan Wang, Shaoqin Sheng
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Probar mediante ultrasonido 4D, la eficacia del tratamiento de acupuntura en mujeres postparto con disfunción del suelo pélvico.
	2º	Sí.
	3º	Sí. Todos los pacientes seleccionados fueron considerados hasta el final del estudio.
	4º	No, presenta doble ciego.

PREGUNTAS DE DETALLE	5º	Sí, ambos grupos son similares en edad, características sociodemográficas y estado de salud.
	6º	Sí, se les aplicó a todos los pacientes el mismo seguimiento y escalas durante el mismo periodo de tiempo independientemente al grupo que estuvieran asignados.
	7º	Sí, se encontró una diferencia significativa $p < 0.05$ entre el grupo intervención y el grupo control.
	8º	N/S
	9º	Sí, ya que los criterios de inclusión se encuentran en la población general.
	10º	Sí, se tuvieron en cuenta todos los resultados y variables para llegar a una conclusión.
	11º	Sí.

CASPE: 9/11	PREGUNTAS	AUTOR: Ane Sigrid Nygaard, Mona Birgitte Rydningen, Mona Stedenfeldt, Slawomir Wojniusz, Marthe Larsen, Rolv-Ole Lindsetmo, Gro Killi Haugstad, Pål Øian
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Comparar la fisioterapia en grupo estructurada, en un ambiente hospitalario y la fisioterapia de atención primaria en mujeres con dolor pélvico crónico provocado por una disfunción del suelo pélvico.
PREGUNTAS DE DETALLE	2º	Sí.
	3º	Sí.
	4º	No, presenta doble ciego.

	5º	Sí, ambos grupos son similares en edad, características sociodemográficas y estado de salud pese al amplio ratio de edad.
	6º	Sí, se les aplicó a todos los pacientes el mismo seguimiento y escalas durante toda la duración de la intervención.
	7º	Sí, presenta $p < 0.05$
	8º	Sí, presenta un Intervalo de Confianza del 95%
	9º	Sí, ya que los criterios de inclusión se encuentran en la población general.
	10º	Sí, se tuvieron en cuenta todos los resultados y variables para llegar a una conclusión.
	11º	No, ya que se llega a la conclusión de que se necesita más evidencia para probar que la terapia grupal supera a la de la atención primaria.

CASPE: 10/11	PREGUNTAS	AUTOR: ZHOU Yanhua, LI Xuhong, SUN Shaodan, YAN Wenguang, TANG Yuxin, XIANG Yali.
PREGUNTAS DE ELIMINACIÓN	1º	Sí. Comparar la eficacia de la terapia manual combinada con estimulación eléctrica y biorretroalimentación en el tratamiento de la disfunción sexual femenina.
	2º	Sí.
	3º	Sí.
	4º	No, presenta doble ciego. A los pacientes y los fisioterapeutas.

PREGUNTAS DE DETALLE	5º	Sí, ambos grupos son similares en edad, características sociodemográficas y estado de salud.
	6º	Sí, se les aplicó a todos los pacientes el mismo seguimiento y escalas durante toda la duración de la intervención.
	7º	Sí, presenta $p < 0.05$.
	8º	Sí, tiene un Intervalo de Confianza del 95%.
	9º	Sí, ya que los criterios de inclusión se encuentran en la población general.
	10º	Sí, se tuvieron en cuenta todos los resultados y variables para llegar a una conclusión.
	11º	Sí.

B) SINTESIS DE LAS CARACTERISTICAS MÁS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN:

AUTOR/ AÑO/ DURACIÓN	PARTICIPANTES	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Yaraghi M et al. ECA (2019) 12 meses	58 mujeres de entre 20-40 años. 30 al grupo de intervención y 28 al de control Incluidas: mujeres no embarazadas diagnosticadas de vaginismo primario grado III o IV según Lambert Excluidas: Falta de cooperación para el tratamiento y seguimiento. Contraindicaciones para recibir toxina	Formulario: - FSFI: Deseo sexual, motivación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y dolor. - POP-Q test: prolapso. Mediciones: Antes y después del tratamiento	Duración: - Inyección de toxina botulínica: 1 sesión - Tratamiento fisioterapéutico: 12 sesiones, 1 hora al día FES: 15 minutos cada sesión Tampones vaginales: 3 veces al día	La duración de la respuesta a los tratamientos fue: - Grupo de intervención: 6.7 ± 3.3 meses - Grupo control: 8.3 ± 4.3 Es decir, no hay una diferencia significativa entre ambos (P = 0.37) Los resultados en todos los aspectos	Se observa una mayor eficacia en el tratamiento con fisioterapia mediante desensibilización y electroestimulación ya que por medio del tratamiento con toxina botulínica no se demuestra diferencia en áreas como el deseo y lubricación. Por lo que las técnicas fisioterapéuticas se establecen como

	botulínica: alergias, infección, miastenia gravis, Eaton Lambert, vulvodinia, problemas cutáneos fisura anal, trastornos del conducto urinario o del recto y trastornos de la coagulación que les obliguen a utilizar medicamentos anticoagulantes			evaluados presentan mayor diferencia significativa en el grupo intervención a excepción del dolor que se mantiene igual	tratamiento de primera línea
Işık C et al. ECA (2022) 12 meses	34 mujeres de entre 19-45 años, 17 al grupo de intervención y 17 al grupo control. Incluidas: mujeres con vaginismo	Formulario: - FSFI: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, placer y dolor	Duración: Grupo control - Formulario: 8 semanas Grupo de intervención:	A la 3ª semana y 2º mes de tratamiento se ve una diferencia significativa en deseo $p=0.007$, $p=0.006$, excitación $p=0.019$, $p=0.002$, orgasmo	Se observó una mayor mejoría en las mujeres que habían recibido conjuntamente los dos tipos de tratamiento.

	primario, pareja durante al menos 6 meses, no haber recibido tratamiento en otra clínica. Excluidas: problemas graves en el matrimonio, que la mujer o su pareja tuvieran otra forma de disfunción sexual, haber tenido un diagnóstico psiquiátrico, y tener un problema de comunicación (idioma, etc.).	- VPCQ: severidad y peso de las ansiedades sobre la penetración vaginal Mediciones: 3º y 8º semanas después del coito	- Tratamiento fisioterapéutico: 4 sesiones 2 veces al día durante 4-5 semanas de promedio o hasta alcanzar el tamaño similar al pene - Formulario: 8 semanas	p=0.017 y p=0.001, placer p= 0.002 y p=0.001 y en el dolor p=0.037 y p=0.008, respectivamente. No se vio mejoría significativa en la lubricación	
Serdar A et al.	42 mujeres con disfunción sexual, divididas	Formulario: - FSFI: deseo sexual,	Duración:	El grupo control presentó un mayor número de	La EVE puede mejorar la función sexual en mujeres

ECA (2014) 4 semanas	aleatoriamente, 24 al grupo de intervención y 18 al grupo control Incluidas: mujeres sin enfermedad comórbida con quejas de disfunción sexual Excluidas: estaban embarazadas, cirugía ginecológica previa. Cesárea o parto vaginal en los 6 meses anteriores, prolapso de órganos pélvicos (POP-Q), defectos neurológicos o anatómicos.	motivación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y dolor. PFM: mediante examen digital intravaginal. Prolapso Mediciones: - FSFI: antes y después del tratamiento - PFM y prolapso: al inicio y fin de sesiones	- EVE: 20 minutos por sesión durante 8 sesiones	interrupciones en el tratamiento ($p < 0,05$) El grupo de intervención mejoró la potencia, resistencia dinámica y las contracciones rápidas ($P < 0,0001$). Ambos grupos mejoraron significativamente en la puntuación total y en los dominios del FSFI con excepción del aspecto de la satisfacción que el grupo control no presentó aumento significativo y en los aspectos del dolor y	con FSD. Sin embargo, la falta de diferencias significativas con el grupo control cuestiona su eficacia como tratamiento único, siendo necesario más estudios.
--	--	--	---	--	---

				lubricación que ningún grupos presenta cambios significativos.	
Zarski AC et al. ECA (2017) 6 meses	77 mujeres de entre 24-28 años. 37 en el grupo Control y 40 al grupo de intervención. Incluidas: Mujeres que no fueran capaces de mantener relaciones sexuales en los 6 meses previos a causa del vaginismo. Mayores de 18 años, en una relación heterosexual de al menos 3 meses y con acceso a internet.	Formulario: – SCID-I: Descartar y evaluar posible patología psicológica o psiquiátrica. – PEQ: 7 ítems que conciernen la penetración satisfactoria, el grado de inserción de al menos un dedo u otro objeto (como un tampón o dilatador).	Duración: Grupo Control: – Formulario a las 10 semanas y a los 6 meses. Grupo de Intervención: – 10 sesiones de las cuales: 1-2 de psicoeducación sobre el miedo al coito. La 3ª sesión de ejercicios de relajación del suelo pélvico. 4ª sesión de reestructuración cognitiva. 5ª sesión	Tras la pauta de tratamiento completa, los resultados evaluados presentan mayor significancia ($p < 0.05$) en el grupo intervención que el control. A excepción del miedo ante el coito, el cual, no muestra diferencias significativas y la capacidad de mantener una relación sexual de forma	Se observó cierta mejoría en el grupo de intervención respecto al grupo control tras realizar una pauta completa. Sin embargo, se requieren más estudios.

	Excluidas: Mujeres con estrés post-traumático, psicosis o psicosis previa, depresión severa, trastorno bipolar o bajo tratamiento para el vaginismo.	– FSFI: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, placer, dolor. – Cronbach: Grado de satisfacción de relación sexual sin penetración. Tratamiento fisioterapéutico: Guía y resolución de dudas acerca de lo observado en las guías de internet para el tratamiento. Aprendizaje de los ejercicios de suelo	exposición al cuerpo. 6ª aprender a centrar la atención. 7ª y 8ª Sesión terapia de exposición con dilatadores y/o dedos. 9ª y 10ª sesión preparación para el coito con ayuda de su pareja. – Formulario a la 10ª semana. – Formulario a los 6 meses.	satisfactoria. Los cuales, no muestran diferencia significativa entre un grupo y otro.	
--	--	--	--	---	--

		pélvico pertinentes (relajación y contracción). Mediciones: – Formulario cada 4 semanas durante toda la duración de la intervención. – Cuestionario sobre la satisfacción del tratamiento.			
Aslana M et al. ECA (2020) 34 meses	62 mujeres de entre 18-43 años, casadas con vaginismo derivadas a la consulta externa de vaginismo, 30 al grupo del entrenamiento con el	Formulario - Datos sociodemográficos - FSFI: deseo, excitación, lubricación,	Duración: - FTG: 1 vez a la semana en consulta y 10-15 minutos al día - DTG: inserción diaria durante 10-15 minutos	El DTG tuvo más éxito que el FTG en la continuidad del tratamiento, en las puntuaciones del FSFI a los 3 meses del tratamiento	El uso de un dilatador vaginal es más efectivo en el tratamiento de dilatación y desensibilización para el tratamiento

	dedo y 32 al grupo del uso del dilatador vaginal Incluidas: mujeres no embarazadas de entre 18- 45 años con vaginismo primario grado II o más según Lambert. Excluidas: anomalías himenales y vaginales congénitas. Vulvodinia, vaginismo secundario tras traumatismo físico o psicológico, infección, periodo menopáusico o	orgasmo, placer, dolor Mediciones: cuando fueron admitidas y 3 meses después del tratamiento			del vaginismo así como para su adherencia.
--	---	---	--	--	---

	patología pélvica y con cualquier enfermedad psiquiátrica o fisiológica. Mujeres con maridos con antecedentes de disfunción sexual.				
Franco MM et al. ECA (2021) 12 semanas	77 mujeres postmenopáusicas. Divididas en un grupo intervención de 40 y un grupo control de 37. Incluidas: Mujeres que lleven máximo 5 años postmenopausia. Que hayan mantenido relaciones sexuales con penetración en el	Formulario: - Datos sociodemográficos - FSFI: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, placer, dolor. - Escala Oxford modificada: Calidad y funcionalidad de	Duración: 12 semanas. Grupo Control: – Formulario al comienzo y final del estudio. Grupo Intervención: – Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mediante 10 series de contracción mantenida durante al menos 6 segundos,	No se presentan diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control tras la intervención en la escala FSFI ($p>0.05$). A excepción de mejoría en el dolor durante la penetración en el grupo intervención.	Se requieren más estudios para validar la eficacia de este protocolo de ejercicio en el tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Sin embargo, se ve una mejora de la disfunción sexual tras las 12 semanas.

	último mes. Que sean capaces de realizar una contracción de la musculatura del suelo pélvico. Relación heterosexual de al menos 4 meses. Se incluye también una mujer con diabetes mellitus estable y tratada, pero sin enfermedad tiroidea ni neuropatías. Excluidas: Que usen terapia hormonal o hayan utilizado terapia hormonal en los últimos 3 meses. Que experimenten dolor durante el examen de	la contracción muscular del suelo pélvico. Tratamiento: – Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mediante 10 series de contracción mantenida durante al menos 6 segundos, seguidas de 5 contracciones rápidas con descansos de 6 segundos entre series.	seguidas de 5 contracciones rápidas con descansos de 6 segundos entre series. – El protocolo de ejercicio se realizó en 4 posiciones distintas: Decúbito supino, sedestación, arrodillada y bipedestación.		
--	--	---	---	--	--

	la musculatura del suelo pélvico y las mujeres que se negaron a contestar los cuestionarios.	– El protocolo de ejercicio se realizó en 4 posiciones distintas: Decúbito supino, sedestación, arrodillada y bipedestación. – Se realizan 2 veces a la semana durante 12 semanas. Mediciones: – Palpación de la musculatura del suelo pélvico durante su contracción. – FSFI.			
--	---	--	--	--	--

		– Se realizan al principio y al final del estudio.			
Hurt K et al. ECA (2021) 12 semanas	62 mujeres, de 20 a 51 años, con dispareunia durante al menos 3 meses en los últimos 6 meses. Divididas aleatoriamente, 31 al grupo de tratamiento y 31 al grupo control Incluidas: Mujeres entre 20 y 75 años con penetración dolorosa >0 pene-vagina en escala EVA y en escala Marinoff. Presencia de dispareunia mayor de	Escalas - EVA - Marinoff Mediciones: antes del tratamiento, 1º, 4º y 12º semanas.	Duración: 4 semanas	Se encuentran diferencias significativas para el dolor en el grupo de tratamiento en la 1º, 4º y 12º semanas de mediciones ($p < 0,001$). Sin embargo, en el grupo placebo no se obtiene disminución significativa en ninguno de los tres momentos	La ESWT consiguió reducir el dolor en la penetración, por lo que se puede afirmar que es un método de tratamiento para la dispareunia eficaz además de seguro.

	3 meses en los últimos 6 meses No reducción de dolor con otros métodos terapéuticos. Excluidas: inflamación pélvica aguda, enfermedad oncológica, hematológica, infarto de miocardio o arritmia cardíaca. Cualquier trastorno metabólico grave y afección en una zona de aplicación prevista.				
Yao L et al.	80 pacientes con disfunción de la musculatura del suelo	Mediciones: – Vía ultrasonido 4D con una	Duración: 4 semanas. – Grupo control: Recibieron	Aparecen diferencias significativas entre el grupo intervención	El ultrasonido en 4D puede ser una herramienta útil para

ECA (2021) 12 meses	pélvico tras 8 semanas de dar a luz. Incluidas: Edades igual o menor a 40 años. Excluidas: Mujeres con prolapso uterino, fistula urinaria, que hayan tenido un aborto, enfermedad neuromuscular y sin ninguna intervención quirúrgica en la región pélvica. Sangrado vaginal. No puedan ser tratadas con acupuntura. Que estén recibiendo tratamiento fisioterapéutico del	frecuencia de 5-10 MHz. – Perímetro y diámetro del elevador del ano en cm^2. – Perímetro y diámetro durante movimiento de valsava.	fisioterapia convencional mediante la práctica de ejercicios de coordinación en decúbito supino. 5 contracciones rápidas del periné con descansos de 10 segundos. Después, mantener la contracción del periné durante 10 segundos con descansos de 10 segundos. Estos ejercicios se hacen en series de 9, 3 veces diarias. – Grupo Intervención: Recibieron	que recibió acupuntura y el grupo control ($p < 0.05$) respecto a la calidad de la contracción y la funcionalidad de ésta.	valorar, diagnosticar y prevenir una disfunción del suelo pélvico en mujeres tras el parto. Por otra parte, al combinar la acupuntura y la fisioterapia convencional, aparecen resultados de ser una táctica o vía de tratamiento eficiente para prevenir y tratar este tipo de disfunción muscular.
---	---	--	--	---	---

	suelo pélvico en el momento. Incontinencia urinaria debido a un problema neurológico. Que no puedan contraer el suelo pélvico de forma autónoma y eficiente.		fisioterapia convencional mediante la práctica de ejercicios de coordinación en decúbito supino previamente mencionados. – Acupuntura diaria en la musculatura del suelo pélvico, centrándose sobre todo en el elevador del ano y el periné.		
Sigríð A et al. ECA (2020) 12 meses.	62 mujeres diagnosticadas con dolor pélvico crónico. Incluidas: Mujeres que hablaran noruego,	Mediciones: – Escala EVA del dolor. – SMT: Patrones de movimiento en una escala 0-7.	Duración: 12 meses de seguimiento. – Grupo control: Reciben fisioterapia de atención primaria hospitalaria, tras esto,	Aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) respecto al grupo intervención y el grupo control en miedo al movimiento	No se llega a demostrar que la terapia grupal sea más efectiva que la terapia de atención

	de entre 20-65 años, diagnosticadas de dolor pélvico crónico. Excluidas: Enfermedad maligna. Embarazadas o que hayan tenido un hijo en los últimos 12 meses. Adictas a drogas y con diagnóstico psiquiátrico grave. Que hayan recibido tratamiento fisioterapéutico previo o durante la intervención. Que hayan tenido cirugía intraabdominal en los	Siendo estos, sedestación, paso y respiración. – TSK: Miedo al movimiento por dolor, 13-52. – EQ5D-5L: Escala de la calidad de vida en relación al estado de salud. – HSCL-25: Escala de depresión y ansiedad.	se les pasa cuestionario al comenzar y finalizar la intervención. Grupo Intervención: Reciben tratamiento en grupo durante 12 meses. Consiste en una terapia combinada de conciencia corporal, educación del paciente y acercamiento. Se les pasa formulario al comenzar y la finalizar la intervención	por dolor y patrón respiratorio. En los demás puntos de la medición no se hayan resultados estadísticamente relevantes.	primaria, se requieren más estudios.
--	--	---	---	--	---

	últimos 6 meses o inyecciones de toxina botulínica en el área pélvica en los últimos 4 meses				
Zhou Y. et al. ECA (2018) 23 meses	72 mujeres diagnosticadas con disfunción sexual que padecen síntomas clínicos de pérdida de la libido, trastorno orgásmico, dispareunia, vaginismo o relajación. Incluidas: Diagnóstico reciente de disfunción sexual posparto, con edades entre 26-33 (33,26±8,13) años, y	Mediciones: – Máquina Sugiyama PHENIX USB4 para detectar la fuerza muscular y el potencial mioeléctrico de las fibras clase I y clase II del suelo pélvico en F/% contráctil. – Número de orgasmos.	Duración: 1 mes. – Se divide la muestra en 3 grupos de 24 cada uno. – Grupos A y B: Los pacientes del grupo A y del grupo B recibieron terapia de manipulación y terapia de biorretroalimentación con estimulación eléctrica, respectivamente.	El grado de fuerza y fatiga de los pacientes del grupo C fue significativamente mejor que los de los otros dos grupos: $p<0.05$.	La terapia de manipulación combinada con estimulación eléctrica y biorretroalimentación puede mejorar de manera efectiva la recuperación de la disfunción sexual en mujeres posparto y mejorar la calidad de vida sexual de las pacientes con disfunción sexual

	todos ellos de nacimiento único por vía vaginal. Parto materno a término. Excluidas: Mujeres con enfermedades médicas y quirúrgicas graves, incontinencia urinaria, enfermedad renal e infección del tracto urinario posparto.	- Número de relaciones sexuales satisfactorias.	– Grupo C: Recibieron manipulación combinada con tratamiento de estimulación eléctrica con biorretroalimentación.		posparto. Por lo tanto, se puede difundir en la práctica clínica.
--	---	--	---	--	--