

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Año 2025

Trabajo Final de Carrera (Tesis)

"Intervenciones kinésicas en el tratamiento del vaginismo"

Alumna

Barresi, Micaela Agustina

MicaelaAgustina.Barresi@alumnos.uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Tutora

Bonomo, Micaela Agustina

licmicaelabonomo@gmail.com

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que me acompañaron durante este proceso de formación profesional, el cual no fue fácil pero luego de muchos sacrificios y dedicación llegó a su fin.

A mi familia por su inquebrantable apoyo. Siempre estuvieron dispuestos a brindarme su ayuda para estudiar, practicar y poder cumplir con los proyectos designados.

A mi novio quien se convirtió en una pieza fundamental en el último tramo de la carrera.

A mis amigas/os que supieron comprender mis ausencias a causa de las noches de estudio y me brindaron su apoyo. A mis facu-amigos quienes me ayudaron muchísimo a poder continuar con mis estudios mientras me encontraba en el exterior y compartieron conmigo experiencias, desafíos y alegrías haciendo de esta una experiencia única e inolvidable.

Quiero extender mi agradecimiento a la Lic. Bonomo, Micaela que, con su paciencia, experiencia y profesionalismo, me guio en la elaboración de este proyecto. También quiero expresar mi gratitud a los profesores de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) que participaron de mi formación académica durante estos cinco años aportando conocimientos valiosos que hoy me permiten culminar esta carrera de manera satisfactoria.

Por último, no puedo dejar de agradecerme y felicitarme a mi misma por la constancia, paciencia y dedicación que me llevaron a cumplir el objetivo. Por demostrarme que puedo lograr todo lo que me proponga sin importar los obstáculos que tenga por delante, sólo basta Confiar en el Proceso.

“Intervenciones Kinésicas en el Tratamiento del Vaginismo”

"Kinesiological Interventions in the Treatment of Vaginismus"

Autoras: *Barresi M, Bonomo M.*

Resumen

Introducción: *El Vaginismo es una disfunción definida como “Espasmos de la musculatura del suelo pélvico, que impide la penetración vaginal de cualquier objeto”. Es un trastorno “invisible” de poco conocimiento público que afecta entre el 7 y el 68% de la población femenina comprometiendo su calidad de vida. El rol de la kinesiología especializada en Pelviperineología es fundamental para el abordaje del vaginismo.* ***Objetivo:*** *Identificar las herramientas terapéuticas (evaluaciones, terapias manuales, agentes físicos y ejercicios terapéuticos) seleccionadas por las Kinesiólogas/os especializadas/os en Pelviperineología para tratar el vaginismo.* ***Metodología:*** *Se realizó un estudio exploratorio – descriptivo no experimental basado en una encuesta dirigida a Licenciadas/os en Kinesiología y Fisiatría con formación en Pelviperineología de Argentina.* ***Resultados:*** *Se identificaron las herramientas diagnósticas y terapéuticas que eligen en su mayoría las Kinesiólogas/os especialistas en Pelviperineología para tratar a sus pacientes con vaginismo.* ***Conclusión:*** *Los hallazgos resaltan que las diferentes estrategias que utilizan los profesionales especializados en Kinesiología Pelviperineal para abordar el Vaginismo son a partir de los tres pilares esenciales de la Kinesiología (la aplicación de terapia manual, el uso de agentes físicos y la indicación de ejercicios terapéuticos). Es importante resaltar la necesidad de profundizar en la investigación de nuevas y diferentes estrategias que nos brinda nuestra profesión para el tratamiento del vaginismo.* ***Palabras clave:*** *Vaginismo, Fisioterapia del suelo pélvico, Tratamiento del suelo pélvico, Terapia manual, Puntos gatillo en suelo pélvico, Electroestimulación del suelo pélvico, Respiración diafragmática.*

Abstract

Introduction*: Vaginismus is a dysfunction characterized by involuntary spasms of the pelvic floor muscles, preventing vaginal penetration. It is a largely unknown condition among the general public, with an estimated prevalence ranging from 7% to 68% in the female population, significantly impacting quality of life. Specialized Kinesiology in Pelviperineology plays a key role in its management.* ***Objective****: To identify the therapeutic tools (assessments, manual therapies, physical agents, and exercises) selected by Kinesiologists specialized in Pelviperineology for the treatment of vaginismus.* ***Methodology****: A non-experimental exploratory-descriptive study based on a survey conducted among licensed Kinesiologists with training in Pelviperineology in Argentina.* ***Results****: The study identified the diagnostic and therapeutic tools most commonly chosen by Kinesiologists specializing in Pelviperineology to treat patients with vaginismus.* ***Conclusion****: The findings highlight that professionals specialized in Pelviperineal Kinesiology address vaginismus through the three fundamental pillars of the discipline: manual therapy, physical agents, and therapeutic exercises. The need for further research into new and diverse strategies within the profession to optimize vaginismus treatment is emphasized.* ***Keywords****: Vaginismus, pelvic floor physiotherapy, pelvic floor treatment, manual therapy, pelvic floor trigger points, pelvic floor electrostimulation, diaphragmatic breathing.*

INTRODUCCIÓN

El Vaginismo es una disfunción sexual femenina definida como "Espasmo de la musculatura que conforma el suelo pélvico, impidiendo la penetración vaginal de cualquier objeto como por ejemplo un espéculo, tampones, un pene, etc. a pesar del deseo de la mujer por hacerlo. (1)

Es un trastorno "invisible", de poco conocimiento popular, que afecta negativamente la salud sexual, ginecológica y general de las mujeres que lo padecen. En su artículo Maseroli et. at (1) también hace referencia que históricamente se lo definió como "espasmo recurrente o persistente involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la relación sexual".

Los síntomas que presenta una persona que sufre de vaginismo son: miedo, ansiedad y dolor a la penetración vaginal, incapacidad para colocarse o quitarse un tampón (a menudo observado a una edad temprana), incapacidad para tolerar un examen ginecológico. Por ejemplo, algunas pacientes describieron que intentar tener relaciones sexuales es como "golpearse contra una pared". (3)

Para poder definir el diagnóstico de vaginismo se requiere al menos uno de los siguientes criterios:

1. Dificultades persistentes o recurrentes con la penetración vaginal durante las relaciones sexuales.

2. Dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el intento de penetración.

3. Miedo o ansiedad significativa sobre el dolor vulvovaginal o pélvico en anticipación, durante o como resultado de la penetración vaginal.

4. Tensión o contracción marcada de los músculos del piso pélvico durante el intento de penetración vaginal. (15)

Las causas pueden ser por varios factores:

- Biológicos: Infecciones, cambios hormonales y enfermedades dermatológicas.

- Psicológicas: Incluyen abuso sexual, físico o emocional (trastornos depresivos o ansiosos).

- Relacionales: Abarcan desde la comunicación durante las prácticas sexuales, hasta las respuestas y actitudes del compañero ante las manifestaciones de dolor. (2)

El vaginismo se puede clasificar como primario, en el que la paciente nunca ha experimentado relaciones sexuales no dolorosas. O secundario, donde la paciente ha experimentado previamente relaciones sexuales no dolorosas, pero posteriormente experimentó dolor. (3)

Hoy en día sabemos que ese espasmo involuntario puede ser debido a cuestiones psicoemocionales, que reflejan una respuesta física aumentando el tono muscular del piso pélvico dando como resultado la incapacidad de permitir la entrada vaginal de cualquier objeto. (2)

Los datos aportados por Días et. at. (2) informan que entre el 14% y el 34% de las mujeres pre-menopáusicas padecen de los síntomas, mientras que para las mujeres postmenopáusicas los valores van desde 6.5% hasta 45%.

Por otro lado, Pacik et. at. (3) indica que la tasa de prevalencia del vaginismo en el 2017 en el ámbito clínico se ha estimado entre el 5% y el 17% y se cree que es una de las disfunciones sexuales femeninas más prevalentes.

Un estudio reciente realizado en Dinamarca evaluó que la prevalencia del vaginismo afecta al 0,8% de la población femenina. Sin embargo, diferentes estudios han estimado que el vaginismo hasta el 2023 afecta entre el 7% y el 68% de la población femenina, con una mayor prevalencia reportada en ciertos países, como Irán, Turquía y Ghana. (4)

Como podemos observar la variación de los porcentajes es muy amplia y no se puede definir con exactitud, la razón es debido a que muchas mujeres que la sufren no acuden a una consulta a causa de vergüenza, culpa, o ignorancia sobre el tema. (4)

El vaginismo es un síndrome que debe abordarse por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que incluya médicos ginecólogos, psicólogos o psiquiatras especialistas, sexólogos y también kinesiólogos especialistas en Pelviperineología.

El rol de la kinesiología especializada en Pelviperineología es fundamental para el abordaje de las disfunciones que afectan al suelo pélvico, para rehabilitar la función miccional, defecadora, sexual, la incontinencia, como también casos de vaginismo.

La Fisioterapia para el suelo pélvico (PFPT) está dirigida a los músculos, nervios, ligamentos, tejido conectivo, sistema linfático y articulaciones dentro y alrededor de la cintura pélvica, y se centra en abordar la movilidad y la función utilizando terapias manuales internas o externas, como liberación miofascial, manipulación del tejido conectivo y movilización del tejido cicatricial y articular.

La terapia manual utiliza la palpación para relajar los músculos espásticos y flexibilizar el tejido tenso en busca de aliviar el dolor.

La estimulación eléctrica neuromuscular y la biorretroalimentación ayudan a las mujeres a adquirir conciencia funcional del suelo pélvico, coordinar mejor las contracciones musculares y mejorar la resistencia para promover el máximo funcionamiento, buscando

optimizar los resultados al combinarlos con otras terapias (5).

Dentro de los tratamientos Días et. at (2) sugiere a la PFPT donde se incluyen la utilización de dilatadores vaginales y ejercicios de relajación de la musculatura pélvica, acompañado de terapia Cognitivo – Conductual con estrategias para tratar los factores psicológicos tales como reducción de la ansiedad, dar apoyo emocional y educación sexual.

La cantidad de evidencia científica que existe acerca de las intervenciones que realiza nuestra profesión es realmente escasa. Sin embargo, ya desde el año 1948, el Dr. Arnold Kegel introduce la importancia de tener en cuenta a la musculatura del suelo pélvico, postulando que debía ejercitarse para tratar patologías que hasta ese momento solo podían tener resolución quirúrgica, como la incontinencia de orina de esfuerzo.

Actualmente se están aprovechando diversos avances tecnológicos para el abordaje de las disfunciones del suelo pélvico: tecarterapia, ultrasonido, láser, la realidad virtual, la telemedicina, etc.

En Argentina la historia de la Pelviperineologia comienza en la década del 90, cuando las kinesiólogas pioneras en esta disciplina la implementan en importantes instituciones como: Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Militar Central, Hospital Churruca, entre otros.

Desde el 2015 en nuestro país existe la Sociedad Kinésica Argentina de Pelviperineología (SOKAP), en la que actualmente cuenta con 200 Kinesiólogas/os asociadas/os de todo el país, comprometidas/os a ayudar a que las personas encuentren solución a sus problemas pélvico-urinarios y mejorar su calidad de vida. Sus vías de contacto son: sokap.argentina@hotmail.com y https://www.facebook.com/sokap.argentina (16) (17)

En la actualidad, el conocimiento de los profesionales especializados y las herramientas terapéuticas que se utilizan han cobrado gran relevancia en el tratamiento de personas que presentan disfunciones de su suelo pélvico. Pero son desconocidas en términos generales por la población y por kinesiólogos no especializados en el área.

El objetivo de este trabajo es analizar el abordaje kinésico en el tratamiento del Vaginismo dando a conocer cuáles son las herramientas terapéuticas e intervenciones seleccionadas por parte de los profesionales especializados en Pelviperineología. Así mismo, identificar las técnicas manuales, ejercicios y agentes físicos que se utilizan para el abordaje del Vaginismo, como también conocer los métodos de evaluación que utilizan los profesionales para establecer el diagnóstico en este tipo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: *Se llevó a cabo un estudio exploratorio – descriptivo de naturaleza no experimental.*

Población/Muestra: *Licenciados en Kinesiología y Fisiatría especializados en Pelviperineología que residen en Argentina.*

Criterios de inclusión: *Se consideraron las respuestas obtenidas por los Licenciadas/os en Kinesiología y Fisiatría especializados en Pelviperineología de Argentina, sin importar su edad, sexo y años de experiencia en el rubro.*

Selección y tamaño de la muestra: *La cantidad de profesionales que han respondido la encuesta son 31 kinesiólogos.*

Se tuvieron en cuenta la totalidad de las respuestas ya que todos los participantes atendieron de manera activa a pacientes con vaginismo, ya sea que hayan llegado a consulta por derivación médica o por sus propios medios.

Ámbito de estudio: *Universidad Abierta Interamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

Variables a estudiar:

1) *Formas de evaluaciones: Parámetros evaluados en pacientes con vaginismo para su diagnóstico.*

2) *Formas de acceso a la consulta kinésica: Modalidad de acceso de las pacientes al tratamiento kinésico*

3) *Terapias utilizadas: Técnicas kinésicas que se utilizan para abordar el tratamiento. (terapia manual, agentes físicos, ejercicios terapéuticos)*

4) *Trabajo interdisciplinario: Trabajar en conjunto la rehabilitación de las pacientes con otros profesionales de la salud.*

5) *Recidivas: Reaparición del trastorno o sintomatología luego de haber recuperado la funcionalidad del suelo pélvico.*

6) *Educación sexual kinésica*

Instrumento: *Para llevar a cabo este trabajo se diseñó una encuesta única utilizando el formato Google Forms. La misma constó de 14 preguntas con distintas opciones. Los profesionales debieron seleccionar la opción que consideran más adecuada. Todas las preguntas son cerradas, es decir que los profesionales*

contaron con opciones limitadas para dar sus opiniones, aunque en las preguntas 2 - 5 - 8 y 11, se brindó un espacio para poder completar dicha información basándose en sus experiencias personales.

La encuesta fue realizada durante los meses de Octubre y Noviembre del 2024 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la Universidad Abierta Interamericana, enviada por medio de la aplicación WhatsApp y correos electrónicos particulares de cada profesional. Las respuestas llegaron por los mismos medios a mis canales personales.

Plan de Análisis de los datos: *Análisis de frecuencia de cada variable. Se recopilaron los datos obtenidos a través del formulario virtual de Google Forms obteniendo un gráfico ilustrativo en cada pregunta indicando los porcentajes de las respuestas en cada una de éstas.*

Una vez recolectadas las respuestas, se tabularon en el programa Excel para analizarlas a través de tablas de frecuencia. Se realizó un análisis descriptivo de cada pregunta y se incluyeron algunos gráficos y tablas para representar los resultados de forma visual y facilitar su comprensión. Las preguntas donde la opción de respuesta era múltiple se han contado la frecuencia de cada opción seleccionada, es decir se sumó las veces que cada opción fue seleccionada.

Finalmente, los resultados se interpretaron para responder las preguntas de investigación y alcanzar los objetivos planteados en el trabajo. Además, se realizaron comparaciones para identificar patrones y tendencias en el abordaje kinésico dentro de los datos recolectados.

Recursos necesarios: *Computadora, Excel para analizar datos.*

RESULTADOS

De acuerdo con los datos recopilados se reveló que un 67,7% de los profesionales recibe paciente con vaginismo por derivación médica. Mientras que el 58,1% indicó que sus pacientes se acercan a consulta por presentar síntomas, pero sin un diagnóstico determinado.

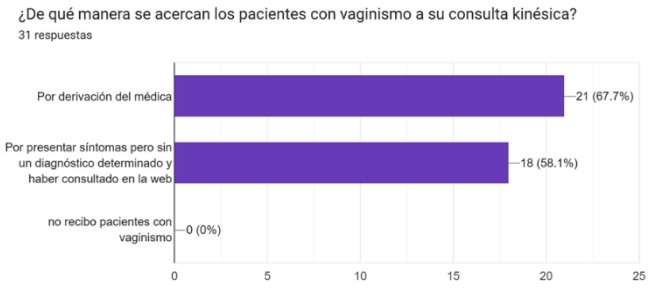


Gráfico 1. Recepción de los pacientes. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

En la tabla 1 pudimos observar que cuando se les preguntó acerca de cuáles eran los métodos de evaluación "Puntos gatillo superficiales" con 96,8% fue la opción con más votos, mostrando que es la técnica más utilizada para evaluar pacientes con vaginismo. Le siguieron Métodos como "Perfect" con 54,8% y la "Escala de Oxford modificada" con un 48,4%. La opción "Otros" con un 32,3% indicó que existe diversidad en las prácticas evaluativas incluyendo Puntos gatillo profundos, Test osteopáticos (Maniobra de Thomas, articulación sacroilíaca), movilidad del raquis completo, EVA (Escala visual análoga) y Test de Caufriez.

Evaluaciones	*Porcentajes*
Puntos gatillo superficiales	*96,8%*
Perfect	*54,8%*
Escala de Oxford modificada	*48,4%*
Otros	*32,3%*

Tabla 1. Evaluaciones diagnósticas. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

El 51,6% de los encuestados expresó conocer un protocolo de tratamiento establecido y metodizado, aunque el resto manifestó que se guían por sus propios conocimientos y experiencias ya que las estrategias elegidas dependen de cada caso en particular.

Sin embargo, el 100% de los profesionales respondió de manera afirmativa cuando se les preguntó si utilizaban terapia manual en el abordaje de la patología.

En cuanto a cuáles son dichas técnicas las seleccionadas fueron Puntos Gatillo con el 93,5% y Masaje perineal con el 87,1% reflejando una fuerte preferencia por técnicas específicas para la relajación muscular y la reducción del dolor. Le siguieron técnicas como la Elongación con el 80,6% e Inducción Miofascial con un 71%, posiblemente por su eficacia en mejorar la movilidad lumbopélvica y disminuir las tensiones. Por otra parte, los métodos menos empleados fueron la Punción seca con el 35,5% y el Petrissage con el 12,9%. Quienes han seleccionado la

opción "Otros" con un 12,9%, hicieron alusión al Método POLD, dilatadores térmicos, Dog Technique en charnela toracolumbar, Masaje diafragmático y Terapia fascial instrumentada con ganchos (Hook).

Terapias manuales	Porcentajes
Puntos gatillo	93,5%
Masaje perineal	87,1%
Elongación	80,6%
Inducción miofascial	71%
Punción seca	35,5%
Petrissage	12,9%
Otras	12,9%

Tabla 2. Terapias manuales utilizadas. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

En los hallazgos observamos que los agentes físicos utilizados con mayor frecuencia eran las "Corrientes eléctricas" con un 83,9% las cuales incluyen Neuromodulación, Electroestimulación, TENS y Tecnología Electromagnética focal de Alta Intensidad (HIFEM). El "Biofeedback (BFB)" también alcanzó un 83,9% lo que indica la importancia de la reeducación muscular y nerviosa. A continuación, se encontró la Radiofrecuencia con un 67,7%. El Ultrasonido con el 6,5% y el Laser con un 3,2% fueron significativamente menos frecuentes.

Agentes físicos	Porcentajes
Corrientes eléctricas	83,9%
Biofeedback (BFB)	83,9%
Radiofrecuencia	67,7%
Ultrasonido	6,5%
Laser	3,2%

Tabla 3. Agentes de fisioterapia por elección. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

En la tabla 4 se agruparon el resto de las técnicas y recursos que fueron elegidos por los profesionales dando a conocer que las "Técnicas de respiración diafragmática" son utilizadas por el 96,8% de los profesionales posiblemente por sus efectos de relajación y manejo del estrés. Los ejercicios terapéuticos con un 80,6% reflejan que el abordaje del trastorno debe ser activo para mejorar la coordinación del suelo pélvico y la consciencia corporal, algunos de ellos son: sinergia lumbopélvica, hipopresivos, ejercicios de Keggel, pilates y movilidad de cadera. La inclusión de "tutores/dilatadores vaginales" obtuvo un 54,8% de votos, pero los profesionales explicaron que únicamente los utilizan en casos donde el tratamiento está más avanzado.

Técnicas/recursos	Porcentajes
Respiración diafragmática	96,8%
Ejercicios terapéuticos	80,6%
Tutores/dilatadores vaginales	54,8%

Tabla 4. Otras técnicas o recursos utilizados. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

La totalidad de los encuestados refirió que aconsejan a sus pacientes trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud.

Descubrimos que cuando se les preguntó si esta patología tiene recidivas el 71% respondió que "sí", evidenciando la necesidad de un buen diagnóstico y la importancia de hacer un tratamiento con enfoque interdisciplinario.

Por último, se preguntó si los profesionales brindan pautas relacionadas con la educación sexual a sus pacientes; el 90,3% respondió de manera afirmativa destacando que la educación forma parte integral del abordaje terapéutico. En menor medida, el 29% opta por derivar a otros profesionales especializados en educación sexual.

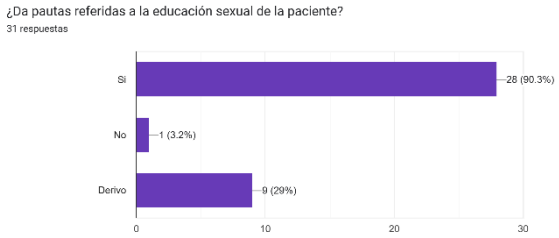


Gráfico 2. Recepción de los pacientes. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados se pudo observar que, si bien la mayor cantidad de pacientes asiste a consulta por derivación médica, otro porcentaje muy alto acude en busca de ayuda sin un diagnóstico previo y habiendo buscado los síntomas en la web. Este hecho puede deberse a la falta de información y conocimiento sobre las patologías sexuales y/o perineales que pueden sufrir las mujeres.

Las evaluaciones con mayor preferencia por parte de los profesionales son: la detección de Puntos gatillo (PGM), es decir, zonas hipersensibles presentes en una banda tensa palpable de tejido muscular (se palpan como un nódulo duro) que pueden ser los causantes del dolor local o en zonas distales. Los PGM además provocan estrés en las fibras musculares, producen un daño tisular que libera sustancias neuro vasoactivas, sensibilizando rápidamente a los nociceptores generando el espasmo muscular. El dolor asociado con los PGM puede atribuirse a altas concentraciones locales de mediadores inflamatorios como bradicinina, sustancia P y serotonina, así como un pH más bajo. (6) (7)

El método "Perfect" es una técnica de evaluación del suelo pélvico donde sus siglas hacen referencia a los diferentes parámetros que se tienen en cuenta:

- ***P**ower (fuerza muscular): evalúa la intensidad de una contracción voluntaria del suelo pélvico. Del 0 al 5.*
- ***E**ndurance (resistencia): mide el tiempo que dura la contracción voluntaria máxima, debe ser mayor a 10 segundos (s).*
- ***R**epetición de las contracciones mantenidas: se evalúa el n° de contracciones de 5s que se pueden realizar manteniendo la misma fuerza, con periodos de 4s de reposo entre repeticiones.*
- ***F**ast (n° de contracciones rápidas): se cuentan cuantas contracciones rápidas se pueden realizar en 10s.*
- ***EFECT** (every contraction timed) evalúa la contracción en cada sesión antes de comenzar el tratamiento. (18)*

La Escala de Oxford modificada, se utiliza para identificar la fuerza y resistencia de los músculos del suelo pélvico. Se coloca un dedo en el canal vaginal y se le pide a la paciente que contraiga los músculos como si quisiera evitar la salida de orina. De ella obtenemos la siguiente clasificación (18):

- *0: Ausencia de contracción*
- *1: Contracción muy débil o fluctuante*
- *2: Contracción débil*
- *3: Contracción moderada (tensión mantenida)*
- *4: Buena contracción (mantenida y resistente)*
- *5: Fuerte contracción*

De manera adyacente los encuestados mencionaron otros métodos indicando que existe diversidad en las prácticas evaluativas, aunque éstos son enfocados en las estructuras que se encuentran en relación con el suelo pélvico (abdominales, raquis completo, articulación sacra-iliaca).

Con respecto al tratamiento manual el objetivo es buscar la relajación muscular, la reducción del dolor, liberaciones miofasciales y mejorar la movilidad del ritmo lumbo-pélvico y columna completa.

Inactivar a los PGM realizando una compresión isquémica, consiste en aplicar presión sobre el nódulo con un dedo hasta que se perciba una sensación dolorosa y mantenerla durante 30-90s. Esta técnica tiene una función inhibitoria del huso neuromuscular y un efecto mecánico local donde a partir de una vasoconstricción desencadenamos una serie de reacciones químicas que nos llevan a una vasodilatación refleja, permitiendo que llegue a los tejidos mayor sangre, lo que conlleva a un mayor aporte de oxígeno, nutrientes y vehiculizar desechos que se encuentran en los mismos. Rompiendo con el ciclo espasmo-dolor. (8)(19)

También se encuentra la Punción Seca como alternativa para desactivar los PGM mediante la inserción de agujas finas en los mismos provocando una respuesta de sacudida local que ayuda a liberar la tensión muscular restaurando la homeostasis de la zona. La punción seca aumenta el umbral de dolor por presión, disminuye el tono muscular y por consecuencia el dolor. (7) (9)

El masaje perineal consiste en la realización de movimientos en la zona del periné con el objetivo de estirar la piel, aumentar la elasticidad de los tejidos y favorecer la circulación sanguínea, de esta manera contribuimos a la relajación y elongación de la zona. (10)

La Inducción Miofascial (MIT) consiste en generar una ligera fuerza de tracción y compresión a los tejidos facilitando el movimiento de estos y liberando adherencias del tejido fascial. El proceso busca remodelar la calidad de la matriz extracelular del tejido conectivo para facilitar y optimizar la trasferencia de información del sistema fascial ya que tiene una conexión directa con el sistema nervioso autónomo. El tono fascial puede estar influenciado por éste y viceversa, por lo que si actuamos sobre uno los resultados se reflejan indirectamente en el otro.

Con el Petrissage generamos un efecto mecánico local, mejoramos la elasticidad del tejido muscular (por la hipertermia obtenida por la vasodilatación), disminuyendo la viscosidad del intersticio y el dolor gracias a la teoría "Gate Control".

Las terapias manuales pueden lograr efectos psico-neuro-inmuno-endocrinos (PNIE) ya que nos permiten obtener una relajación física, alivio del estrés, ansiedad, tensiones y liberación de opiáceos endógenos aliviando el dolor de manera natural.

Con el uso de los agentes físico reforzamos estos objetivos logrando un enfoque más efectivo. El uso de las Corrientes Eléctricas como el BiofeedBack (BFB), técnica que permiten a la persona aprender a modificar la actividad fisiológica de su sistema, subraya la importancia de la reeducación neuromuscular y concientizar a las pacientes sobre la actividad muscular y el control de su suelo pélvico. (11) El TENS incita la actividad nerviosa produciendo una inhibición a nivel medular, bloqueando el estímulo doloroso al cerebro ("Gate Control"). Además, la excitación repetitiva estimula la producción y liberación de opiáceos endógenos logrando efectos analgésicos más duraderos. (12) (13). La elección de la Radiofrecuencia podría deberse a su capacidad de tratar tejidos profundos favoreciendo la circulación y su regeneración tisular. Por otra parte, si bien el Ultrasonido y el Laser son de poco uso ayudarían a reducir inflamaciones y mejorar la elasticidad de los tejidos vaginales.

La alta frecuencia del uso de Técnicas de Respiración Diafragmática indica que los profesionales consideran esencial el manejo de la respiración ya que ayudará a regular el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), reduciendo las respuestas de estrés y ansiedad asociadas al vaginismo, dando como resultados tanto la relajación general como local del suelo pélvico.(14)

La elección de los ejercicios físicos son una parte integral del tratamiento, promueven el fortalecimiento; la coordinación de la musculatura pélvica; mejoran la postura y la movilidad contribuyendo al alivio de las tensiones miofasciales. Los dilatadores vaginales facilitan la desensibilización progresiva de la zona vaginal ayudando a superar el miedo y la incomodidad relacionados con la penetración, pero son empleados en etapas específicas del tratamiento.

Como hemos analizado previamente, el vaginismo, tiene una alta tasa de recidivas por lo que es muy importante y necesario trabajar con un equipo interdisciplinario, brindando educación sexual a las pacientes y contención desde diferentes ramas de las ciencias de la salud.

CONCLUSIÓN

La hipertonicidad del suelo pélvico es una condición incapacitante para las mujeres que lo padecen impactando en su calidad de vida, generando dolor pélvico crónico, disfunciones sexuales y poniendo en riesgo su salud integral.

A lo largo de este trabajo, se analizaron las estrategias de abordaje para el Vaginismo, fundamentadas en tres pilares esenciales de la Kinesiología: la terapia manual, los agentes físicos y los ejercicios terapéuticos.

La Kinesiología especializada en Pelviperineología integra conocimientos vinculados a la prevención y tratamientos kinésicos para restablecer las funciones del conjunto osteo-artro-neuro-mio-visceral del complejo abdomino-lumbo-pelvi-perineal. Facilitando la reeducación, rehabilitación y mantenimiento de las funciones del suelo pélvico y de las estructuras relacionadas directamente con él, con un impacto positivo en la calidad de vida de las/os pacientes.

Finalmente, es importante resaltar que las disfunciones del suelo pélvico son más prevalentes de lo que generalmente se percibe, así como el limitado conocimiento que existe sobre ellas. La Kinesiología especializada en Pelviperineología ha adquirido un importante crecimiento en la atención personalizada de estos casos. Sin embargo, el número de profesionales dedicados a esta disciplina es aún reducido, lo que evidencia la necesidad de profundizar en su investigación y desarrollo. En este contexto, resulta comprensible la limitada muestra obtenida en esta investigación, motivo por el cual se recomienda continuar explorando tanto el tratamiento del vaginismo como otros trastornos relacionados con el suelo pélvico.

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no presenta conflictos de interés en relación la recopilación, análisis y presentación de los datos en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Sex Med. 1 de diciembre de 2018;15(12):1752-64.*

2. *Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. RBGO Gynecol Obstet. diciembre de 2018;40(12):787-93.*

3. *Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. Sex Med. junio de 2017;5(2):e114-23.*

4. *Pithavadian R, Chalmers J, Dune T. The experiences of women seeking help for vaginismus and its impact on their sense of self: An integrative review. Womens Health. 28 de septiembre de 2023;19:17455057231199383.*

5. *Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. J Midwifery Womens Health. julio de 2018;63(4):410-7.*

6. *Iturriaga V, Bornhardt T, Hermosilla L, Avila M. Prevalencia de Dolor Miofascial en Músculos de la Masticación y Cervicales en un Centro Especializado en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. Int J Odontostomatol. diciembre de 2014;8(3):413-7.*

7. *Moldwin RM, Fariello JY. Myofascial Trigger Points of the Pelvic Floor: Associations with Urological Pain Syndromes and Treatment Strategies Including Injection Therapy. Curr Urol Rep. 1 de octubre de 2013;14(5):409-17.*

8. *Lara-Palomo IC, Gil-Martínez E, Antequera-Soler E, Castro-Sánchez AM, Fernández-Sánchez M, García-López H. Electrical dry needling versus conventional physiotherapy in the treatment of active and latent myofascial trigger points in patients with nonspecific chronic low back pain. Trials. 28 de marzo de 2022;23:238.*

9. *Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S. The Effectiveness of Trigger Point Dry Needling for Musculoskeletal Conditions by Physical Therapists: A Systematic Review and Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. marzo de 2017;47(3):133-49.*

10. *Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N, Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. Enferm Glob. 2017;16(47):539-75.*

11*. Carrobles JA. Bio/neurofeedback. Clínica Salud. noviembre de 2016;27(3):125-31.*

12. *Cottrell AM, Schneider MP, Goonewardene S, Yuan Y, Baranowski AP, Engeler DS, et al. Benefits and Harms of Electrical Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. Eur Urol Focus. 15 de mayo de 2020;6(3):559-71.*

13. *Rivas-Penilla LF, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Granados-Martínez V, Ramírez-Isarraraz C, Rivas-Penilla LF, et al. Terapia de electroestimulación a pacientes con dolor pélvico crónico. Ginecol Obstet México. 2021;89(8):603-10.*

14. *Magnon V, Dutheil F, Vallet GT. Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. Sci Rep. 29 de septiembre de 2021;11:19267.*

15. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.*

16. *Introducción y perspectivas históricas. Definiciones y epidemiología [Internet]. 2022. Disponible en: archivo personal.*

17. *Rol del kinesiólogo/fisioterapeuta en el equipo interdisciplinar. Principales disfunciones que se abordan [Internet]. 2022. Disponible en: archivo personal.*

18. *Tello Moreno MC, Mejía Ortíz FP, Peñafiel Luna AC, Reales Chacón LJ. Ejercicio terapéutico del suelo pélvico para incontinencia urinaria de esfuerzo. En: Ciencias de la Salud: aspectos diagnósticos y preventivos de enfermedades. Capítulo 9. 2024. p. 67-73.*

19. *Díaz, M. (2014). Cervicalgia miofascial. Rev. Med. Clin. Condes, 25(2), 200-208*

ANEXOS

Anexo I: Consentimiento voluntario

Me contacto con usted para la realización de un cuestionario online dirigido a los Licenciados de Kinesiología y Fisiatría especializados en Pelviperineología, en el marco de la encuesta sobre "Intervenciones kinésicas en el tratamiento del vaginismo".

El objetivo de la investigación es analizar el abordaje kinésico en el tratamiento del vaginismo por parte de los profesionales especializados en Pelviperineología. Descubrir cuales son las técnicas manuales, ejercicios y agentes físicos que se utilizan. Identificar los métodos de evaluación para definir el tratamiento

Antes de empezar, necesitamos que manifieste si está de acuerdo con participar, luego de notificarse se algunas cuestiones que le aclaramos a continuación.

- *Su participación en este cuestionario es totalmente anónima, voluntaria y gratuita. No le causará beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar.*
- *La confidencialidad de sus datos está garantizada, de modo tal que no puede identificarse lo que usted plantea con su dirección de correo.*
- *Si algo no le quedó claro o tiene alguna duda dejo a disposición mi número telefónico para mantenernos en contacto. Barresi, Micaela 1131647528*

Firma del participante.....

Fecha: .....

Anexo II: *Se adjunta link para acceder a dicha encuesta:*

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc4igSs8118n9f9Z_108FpPaZ7D9t8QEbMw0_9vPOPcE-wR_g/viewform?usp=sf_link

Anexo III: Tablas y Gráficos

TABLAS

Evaluaciones	Porcentajes
Puntos gatillo superficiales	96,8%
Perfect	54,8%
Escala de Oxford modificada	48,4%
Otros	32,3%

Tabla 1. Evaluaciones diagnósticas. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

Terapias manuales	Porcentajes
Puntos gatillo	93,5%
Masaje perineal	87,1%
Elongación	80,6%
Inducción miofascial	71%
Punción seca	35,5%
Petrissage	12,9%
Otras	12,9%

Tabla 2. Terapias manuales utilizadas. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

Agentes físicos	Porcentajes
Corrientes eléctricas	83,9%
Biofeedback (BFB)	83,9%
Radiofrecuencia	67,7%
Ultrasonido	6,5%
Laser	3,2%

Tabla 3. Agentes de fisioterapia por elección. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

Técnicas/recursos	Porcentajes
Respiración diafragmática	96,8%
Ejercicios físicos	80,6%
Tutores/dilatadores vaginales	54,8%

Tabla 4. Otras técnicas o recursos utilizados. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

GRÁFICOS

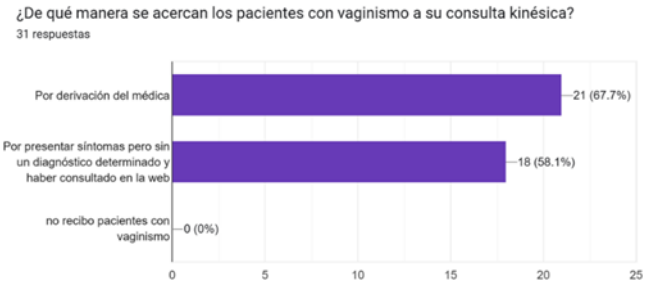


Gráfico 1. Recepción de los pacientes. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.

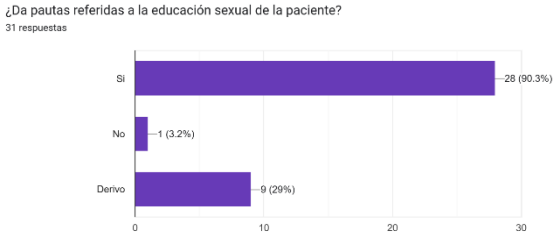


Gráfico 2. Educación Sexual. La suma total de los porcentajes no da un 100% porque los profesionales podían realizar más de una elección en las respuestas.