

Título: Disfunción Sexual Femenina

Autores:

DraC. Rosa Maria Real Cancio. Especialista de 1er. Grado en Bioquímica. Profesora Titular.

DrC. Bartolomé Arce Hidalgo. Especialista de 2do. Grado en Endocrinología. Profesor Titular.

MsC. José Gutiérrez Eduarte. Licenciado en Psicología. Profesor Asistente.

Dr. Ahmed Menocal Alayón. Especialista de 1er. Grado en Ginecología. Profesor Asistente.

Dr. Manuel Morais Delgado. Especialista de 2º Grado en Fisiología Normal y Patológica, Investigador Auxiliar.

Lic. Janet Vila Ampuero. Licenciada en Psicología.

Servicio de Endocrinología

Email: endoc@hha.sld.cu

Introducción

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

La salud sexual debe ser un derecho humano básico, y una sexualidad saludable es indicador de calidad de vida. La atención médica especializada de la salud sexual, tiene como objetivo prevenir y tratar todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno y constituye un problema de salud altamente prevalente, que si bien no pone en peligro la vida de los pacientes, afecta en forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social.

La disfunción sexual femenina es un reto para los profesionales de la salud dedicados a ella; hoy es considerada también como un factor de riesgo de algunas enfermedades e incluso ha sido considerada como un factor de riesgo no tradicional de enfermedad cardiovascular. La escasa disponibilidad de datos epidemiológico en nuestro país, así como las referencias internacionales de una elevada prevalencia superior a 40 % motivó desarrollar este protocolo, con fines asistenciales, docente e investigativos.

Objetivos.

- Garantizar el diagnóstico positivo de disfunción sexual en pacientes femeninas que asistan a consulta o ingresen en el Hospital y manifiesten trastornos relacionados con la sexualidad.
- Caracterización clínica y epidemiológica de la disfunción sexual femenina
- Establecer las investigaciones médicas que deben realizarse a mujeres con disfunción sexual y que nos orientarían en su posible etiología.
- Promover el enfoque y manejo integral de la disfunción sexual femenina y la atención en consulta especializada y multidisciplinaria.
- Identificar la asociación de la DSF con determinados factores de riesgo y enfermedades crónicas
- Garantizar opciones terapéuticas para las mujeres con este problema de Salud sobre la base de proyectos de investigación y evaluar la respuesta.

- Propiciar la interrelación con otros Centros que se ocupen de este problema de salud

Desarrollo:

Definición de Disfunción Sexual.

Cualquier alteración del deseo sexual, así como los cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual que cause malestar personal y dificultades interpersonales.

Clasificación de la Disfunción Sexual Femenina.

Un panel de consenso para la **clasificación** de la **Disfunción Sexual Femenina** de la Fundación Americana de Enfermedades Urológicas, basándose en la opinión de Kaplan y de Masters y Johnson propone.

I. Desordenes del deseo sexual

A. Deseo sexual hipoactivo: deficiencia (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías sexuales y/o de **deseo** para la actividad sexual o receptividad sexual que causa angustia personal.

B. Aversión sexual: aversión fóbica persistente o recurrente a evitar el contacto sexual con una pareja sexual, que causa angustia personal.

II. Desordenes de la excitación sexual.

Incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener una excitación sexual. Se puede manifestar como una falta subjetiva de excitación o falta de **lubricación** o alguna otra respuesta somática.

III. Desordenes orgásmicos.

Dificultad persistente o recurrente, demora o ausencia para obtener un orgasmo, después de un estímulo sexual suficiente y excitación adecuada, que causa angustia personal.

IV. Desordenes sexuales por dolor.

A. Dispareunia: Dolor genital recurrente o persistente en relación con el coito.

B. Vaginismo: Espasmo involuntario recurrente o persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina y la raíz de los muslos que interfiere con la **penetración**, y que causa angustia personal.

C. Dolor sexual no coital: Dolor genital recurrente o persistente producido por estimulación no coital.

En general todos estos trastornos pueden ser: primarios, secundarios, totales o parciales y situacionales.

Para el Diagnóstico y el tratamiento es esencial tener en cuenta que la etiología de la Disfunción Sexual Femenina es multifactorial, en general tiene su origen en varios factores al mismo tiempo, por lo que identificar adecuadamente la causa, es fundamental; por lo que se impone una evaluación clínica exhaustiva.

- Evaluación clínica

- Aplicación del Índice Internacional de Función sexual (IFS) y confección de la Historia Clínica General diseñada al efecto.
- Diagnóstico de la forma clínica de presentación de la Disfunción Sexual.
- Interrogatorio y Examen Físico General y por Sistemas.
- Peso Talla, IMC, Tensión Arterial.
- Examen ginecológico. Tacto Vaginal y examen con espejulo.
- Examen neurológico. (reflectividad y sensibilidad)

Criterios diagnósticos de Disfunción Sexual en la mujer.

Es clínico y nos pueden ayudar a determinar la etiología, algunos complementarios que nos permitirán identificar causas de Disfunción sexual femenina tanto de origen endocrino, como no endocrino

- Cuando se presente alteración en cualquiera de las fases que integran la respuesta sexual femenina y esto cause angustia, malestar personal o interpersonal con la pareja. Puede aparecer de forma primaria desde el inicio de la actividad sexual o secundaria: después de haber experimentado todas las fases de la RSF se inicia el trastorno.

Programa de Estudio

Exámenes complementarios iniciales

Análisis generales:

- Hemograma completo con diferencial, eritrosedimentación, creatinina urea y uratos.
- Pruebas de función hepática: ASAT, ALAT, fosfatasa alcalina.
- Lipidograma Completo. LDL, VIDL, HDL, colesterol, triglicéridos e Índice de colesterol HDL en caso necesario.
- Glicemia de ayuna.

Exámenes complementarios específicos.

- Prolactina, FSH, LH.
- Estradiol, Testosterona, DHA, DHAs, Adiona.
- TSH, T₃ y T₄.
- ECG, Ecocardiograma
- PTG de 2 horas con insulinemia en caso necesario
- Sí diabetes mellitus: glicemia ayunas y postprandial de 2 h y Hemoglobina glucosilada para el seguimiento evolutivo.

Otros

- USD abdominal USD ginecológico
- Exudado vaginal simple y cultivo en caso necesario.
- Marcadores de disfunción endotelial. Proteína C Reactiva, Fibrinógeno, Homocisteína.

Estudios neurofisiológicos

Evaluación de la fisiología del suelo pélvico

- RBC (reflejo bulbo cavernoso)
- PESS (potenciales evocado somato-sensoriales)
- LMNP (latencia media del nervio pudendo)

Electrofisiología periférica

- VCM. (Velocidad de conducción motora)
- VCS. (Velocidad de conducción sensitiva)

Tratamiento y Seguimiento.

- Las pacientes se evaluarán clínicamente con una periodicidad mensual.
- Posterior a los resultados de los complementarios se tomará conducta terapéutica en dependencia de la causa determinada de disfunción sexual y se indicara tratamiento médico en caso necesario, si se diagnosticara una causa patológica de DS se tratara adecuadamente la enfermedad en cuestión.
- Se valorará por psicología a todas las pacientes con disfunción sexual y aquellas que lo requieran se atenderán por esa especialidad.
- Las pacientes con Disfunción Sexual y sus parejas, si así lo desean tendrán participación interactiva en Terapia de Grupo donde se llevara un principio elemental en el tratamiento la Educación sexual.

Lo avanzado en el conocimiento de la respuesta sexual femenina, así como en el diagnóstico de esta y la identificación de sus principales causas tuvo punto de partida y de referencia en los notables avances en el estudio de la Disfunción sexual Masculina lo cual ha resultado un incentivo para despertar el interés para el estudio de la Disfunción sexual femenina que hoy se conoce que tiene una prevalencia mayor que la disfunción eréctil. Los avances en relación al tratamiento han sido muy limitados para la DSF. Se dispone actualmente de algunos recursos terapéuticos pero no existen reportes que hagan referencia a la existencia de un tratamiento efectivo lo cual puede estar en relación con el origen multifactorial, así como la superposición de muchos factores que influyen en la respuesta sexual de la mujer.

En cuanto a las opciones terapéuticas aplicar.

Tal como ha acontecido con el hombre, la función Sexual y la disfunción sexual femenina constituyen un reto para el médico. Con la ampliación y profundización de los conocimientos actuales se encuentran cada vez más etiologías orgánicas y recursos farmacológicos, además que la prevención y el desarrollo de nuevos recursos diagnóstico, muestran campos interesantes de acción.

La medicina queda entonces notificada por la necesidad de conocer los avances científicos que de manera más evidente, involucran su intervención en la Sexología.

El tratamiento de de la Disfunción sexual femenina, continua siendo polémico quizás por su naturaleza multifactorial.

El papel de los esteroides sexuales en la función reproductora, se ha investigado extensamente y el uso de hormonas sexuales ha contribuido al tratamiento clínico infertilidad; sin embargo el papel de los esteroides sexuales en la regulación de la respuesta vaginal, durante la excitación sexual, ha sido poco estudiado.

A pesar de los avances y de las experiencias obtenidas a partir de los estudios del hombre, en el presente no existe una norma para el tratamiento farmacológico con hormonas sexuales o sus análogos en las mujeres con Disfunción Sexual. Sin embargo la insuficiencia estrogénica y androgénica se han asociados de manera significativa a la Disfunción Sexual Femenina.

Del conocimiento anterior y la experiencia acumulada en la asistencia a mujeres que presentan este problema de salud podemos plantear que el tratamiento es individual, depende de la causa, si esta es tratable y reversible. El enfoque multifactorial y multidisciplinario es vital; son múltiples los factores que coinciden en la presentación clínica de la DSF.

En este protocolo proponemos trabajar sobre pilares básicos del tratamiento, sobre la base de los fármacos disponibles.

Pilares de tratamiento:

De manera general a las pacientes con DS se les debe recomendar la necesidad de recomendar como medidas generales, cambios en los estilos de vida: mantener una dieta sana, equilibrada, balanceada, mantener un índice masa corporal adecuado; teniendo en cuenta la relación entre el índice de masa

corporal (IMC) y el descenso de andrógenos. Por cada punto que aumenta el IMC, disminuye 3.8% puntos la concentración de DHEA.

La realización de ejercicios físicos, que deben ser al aire libre, ejercicios que movilicen grandes masas musculares tales como: natación, bicicleta, caminatas según las preferencias y posibilidades de las pacientes.

Se recomienda evitar tomar medicamentos que esté descrito que tienen efectos deletéreos sobre la función sexual y en caso de ser absolutamente necesario buscar alternativas entre aquellos que no tienen efectos sobre la función sexual.

Evitar el uso de medicamentos y otras condiciones que aumenten la Proteína Transportadora de Andrógenos (SHGB) y por consiguientes disminuyan la fracción libre de andrógeno, la biológicamente activa. Es preciso considerar que los cambios en los niveles de andrógenos son aparentemente sutiles, graduales pero no menos importantes y su curva de descenso es más temprana que la descrita para los niveles de estrógenos.

Tratamiento psicológico: es esencial y debe dirigirse sobre la base de la Psicoterapia, terapia sexual y terapia de pareja.

Tratamiento Medicamentoso: A través del empleo de Hormonoterapia, Fármacos vaso activos, Psicotrópicos e Inhibidores de la recaptación de Dopamina.

Terapéuticas mecánicas: Se recomienda el Urometric y el Eros-CTD

El dolor sexual debe de ser entendido, estudiado y tratado como un dolor recurrente crónico y no solo como una Disfunción Sexual Femenina.

Hormonoterapia.

- TRH (En posmenopáusica y DS) diferentes esquemas, con diferentes preparados.
- Estradiol (En posmenopáusica y DS).
- Andrógenos En la premenopáusica y DS con Andrógenos bajos.

- **Consideraciones sobre el uso de andrógenos en la DSF**

Se reporta en la literatura el uso de andrógenos, específicamente la testosterona mejora la excitación sexual, las fantasía sexuales sobre todo se reportan estudios realizados en la mujer pos menopáusica. Las formas farmacéuticas pueden ser comprimidos, inyecciones, parches, cremas o geles conteniendo testosterona.

La terapia androgénica debe ser adecuadamente indicada y monitorizada en pacientes con deficiencia androgénica desde el punto de vista bioquímico y en aquellas con sintomatología clínica de deficiencia androgénica y niveles de andrógenos en el límite inferior de la normalidad.

Para el tratamiento de la deficiencia androgénica en la mujer, no contamos con drogas aprobadas para el uso clínico en dicha indicación. Por lo tanto, toda terapéutica de reemplazo con andrógenos, debe realizarse dentro de protocolos de investigación.

La metil-testosterona es la única forma que existe en comprimidos sin embargo su aplicación debe ser limitada debido a la toxicidad hepática, intolerancia gastrointestinales y a que el derivado metilado su efectividad es menor que la de la testosterona natural.

Los preparados locales con testosterona pueden realizarse con propionato en una base de crema. Se ha descrito que tienen utilidad en el Síndrome de Insuficiencia Androgénica

Preparados para la vía oral **Metiltestosterona** en dosis de 1.25- 2.50 mg/d

Preparados para la vía oral. **Testosterona Undecanoato**. Dosis 40-80mg/d

Preparados para la vía IM. **Nandrolona**. Dosis.25-50mg 6-12 semanas

Preparados para la vía IM. **Esteres de Testosterona**.100-200-300mg/mes.

Preparados para la vía subcutánea. **Implantes de Testosterona** 50-100mg/1 3y 6 meses.

Preparados por vía transdérmica. **Gel de testosterona**, uso diario. Recomendación en la cara anterior del antebrazo y muslos.

Preparados por vía transdérmica **Parches de Testosterona**. 150-300mg/ 1/15días.

Otros.

DHEA. Indicado en trastornos de la excitación objetiva y subjetiva. En la postmenopausia actualmente se utiliza como preparados para la vía oral con presentación de 50 mg. Aprobado por la FDA como suplemento.

Tibolona. Disminuye la SHBG, mejora el bienestar general: es una molécula con acción androgénica y estrogénica y progestágena; por los cambio en la lipoproteína reduce la SHBG y aumenta la testosterona libre. Los riesgos de efectos androgénicos son mínimos.

Las inyecciones intramusculares de testosterona son utilizadas en mujeres para ésta y otras indicaciones a pesar de no haber estado destinadas a ello. Son preparados de depósito. En el protocolo se propone una dosis de 25 mg /día.

La terapia con andrógenos debe estar adecuada a la androgenemia, clínica y efectos adversos, debe ser suspendida en caso que el médico lo considere. Los efectos adversos a la terapia androgénica son: acné, hirsutismo, clitoromegalia, retención hídrica y cambio lipídico hacia un perfil aterogénico. Estos riesgos son bajos a las dosis mínimas recomendadas, los mismos no deben desestimarse.

A modo de conclusión, podemos decir que se han abierto varias áreas de estudio en relación con la DSF, tanto en el área básica, clínica como epidemiológica. Sin embargo, quedan muchos interrogantes, que podrán dilucidarse con acciones dentro de protocolos de investigación.

Tratamiento con Fármacos Vaso activos

Sildenafil: primer representante que en 1998 revolucionó el tratamiento de la disfunción sexual del hombre en específico la Disfunción Eréctil. Es un inhibidor de la PDE5 bloqueando la hidrólisis del GMPc, lo que mejora su acumulación y potencia el efecto relajante del óxido nítrico en el clítoris. Esto ha motivado su uso

en mujeres con DS y se reportan beneficios durante su uso, sobre todo en la mujer que se encuentra en la post menopausia, aunque se ha utilizado también en la etapa premenopausica. En dosis 25-100.

En pacientes que presentan factores de riesgo de afectación del flujo sanguíneo vaginal y clitorideo se recomienda y se reportan resultados variables. Indicada en trastornos de la excitación y del orgasmo, sobre la base del principio que aumenta el flujo sanguíneo vaginal. Se reporta mejoría de la satisfacción global, la excitación, lubricación y el orgasmo así como del **Índice de función Sexual**.

Se describe en algunos estudios efectos positivos sobre el deseo. Se ha indicado en las DS secundarias a medicamento como los IRSS y mejora la respuesta orgásmica la utilización de 50 mg. En mujeres con DS secundaria a histerectomía, mejora la capacidad orgásmica, lubricación y el dolor coital.

Agonistas dopaminérgicos

- **APO (Agonista D1 y D2).** La apomorfina, es un agonista dopaminérgico de acción central, que se ha usado con fines investigativos en la mujer sobre la base de la experiencia en el hombre
- Induce una Respuesta sexual reproducible y hormono dependiente similar a la vaso congestión en machos
- Mayores cambios subjetivos y de la lubricación durante su uso. Incremento de la respuesta post estimulo siendo 72,5% para el placebo y 139% para la Apo, existen preparados para la vía intranasal.

Prostaglandina E1. Aprostidil tópico, con ventajas de uso por ser fácil de usar, la aplicación tópica es simple, no invasiva.

Psicotrópicos:

Bupropion. Estructura Feniletilamínica. Similar a las Anfetaminas. Inhibidor de la recaptación de Dopamina y Noradrenalina. Sin efecto sobre 5 HT. Se reporta mejoría de la Disfunción del Deseo. En mujeres pre menopáusicas, mejora la excitación y el orgasmo.

Buspirona. Facilita el Orgasmo y mejora el efecto de los antidepresivos

Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) y Antidepresivos Tricíclicos.

Flibanserina. Ha sido usado por más de una década, con reportes de mejorías del deseo, aprobado recientemente por la FDA como tratamiento para la DSF, en el deseo sexual inhibido o ausente.

Los psicotrópicos son indicados de manera general cuando la Disfunción Sexual conomita con depresión, ataques de Pánico, matrimonio no consumado, fobias sexuales, vaginismos y dispaureunías de origen psicogénicas.

Terapéuticas Mecánicas: Urometric Eros-CTD ^{IM}

Aprobado por la FDA, es un dispositivo de succión que tienen tres grados de succión leve, moderada y alto que aumenta la tumescencia del clítoris, aumenta el flujo sanguíneo del clítoris, mejora la estimulación genital periférica.

Otros

- ARGININA, ZESTRA. Aceite Natural.
- Pueden ser usados por vía tópica, geles lubricantes hidrosolubles, estrógenos en cremas con resultados satisfactorios para la mejoría de la resequedad vaginal.

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos humanos	% de especialistas de Endocrinología y personal auxiliar entrenado	≥95%
Recursos materiales	% de aseguramiento de instrumental y equipos médicos según PA	≥95%
	% de disponibilidad de los medicamentos expuestos en el PA	≥95%
	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones	≥5%
Recursos organizativos	% de disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el PA	≥95%
	% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
	% de base electrónica	100%

Indicadores de Procesos	Estándar
Evaluación Trimestral de las consultas. Número de pacientes por consulta según Plan	≥ 5 x consulta
% de pacientes por consulta que tienen DS establecida	$\geq 30\%$
% de pacientes que tienen un trastorno que solo requiere orientación (no DX)	$\leq 30\%$
% de evaluación mensual de la aplicación del índice de función sexual a todas las que asistan a las consultas según Plan	95-100%
Indicadores de Resultados	Estándar
No. de mujeres que asistieron a consulta y tienen la DS establecida (evaluadas cada 6 meses)	≥ 8 / consulta
% de pacientes con DS y que se identificó la presencia de enfermedades crónicas (D. mellitus HTA ,otras)	$\geq 10\%$
% de mujeres detectadas con trastornos de la sexualidad y terapia interactiva de grupo, que mejoraron. Corte semestral	$> 90\%$
% de mujeres que experimentaron mejoría después del tratamiento psicológico.	$\geq 50\%$
% de mujeres que experimentaron mejoría después del tratamiento medicamentoso.	$\geq 50\%$
% de mujeres que después de la terapia interactiva expresaron mejoría o solución	$\geq 50\%$

Se clasificaran en estas 5 categorías:

- Trastornos del deseo Trastornos de la excitación
 Trastornos del orgasmo Desórdenes sexuales dolorosos
 Formas mixtas

Bibliografía

Aisuodionoe-Shadrach, Ol. (2012). Perceptions of female sexual health and sexual dysfunction in a cohort of urban professional women in Abuja, Nigeria. *Niger J Clin Pract* , 15, pp. 80-3.

Amidu, N., Owiredu, W.K., Woode, E., Addai-Mensah, O., Quaye, L., Alhassan, A. et al. (2010). Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reprod Biol Endocrinol*, 8, pp. 106-11.

Arce, S. (2007). Inmunología clínica, psico-neuro-endocrino-inmunología y regulación neuroinmune. Definición y consideraciones generales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp.11-35.

Brotto, L. (2010). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav*, 39, pp.221-39.

Castellini, G., Mannucci, E., Mazzei, C., Lo Sauro, C., Faravelli, C., Rotella CM., et al. (2011). Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *J Sex Med*, 7, pp. 3969-78.

Diehl, A., Silva Laranjeira, R. (2013). Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. *Clinics (São Paulo)*, 68, pp. 205-12.

Esposito, K., Maiorino, M.I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res*, 22, pp. 179-84.

Gaspar, C.E., Fernández, M.A. (2013). Frecuencia de disfunción sexual un grupo de pacientes diabéticas mexicanas. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 29(1), pp. 11-17.

Kadioglu, P., Yetkin, DO., Sanli, O., Yalin, A.S., Onem, K., Kadioglu, A. (2010). Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU Int*, 106, pp. 1357-61.

Lewis, RW. (2011). Epidemiology of sexual dysfunction in Asia compared to the rest of the world. *Asian J Androl*, 13, pp.152- 8.

Prado, D.S., Mota, V.P., Lima, TIA. (2010). Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Rev Bras Ginecol Obstet, 32, pp.139- 43.

Real,Cancio, R.M. (2012). Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. (Tesis de doctorado). Hospital Hermanos ameijeiras. Habana. Cuba

Strippoli, GFM. (2012). For the collaborative depression and sexual dysfunction (CDS) in hemodialysis working group: Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. Clin J Soc Nephrology, 7, pp. 974- 81.

Stulhofer, A., Kuljanic, K., Buzina, DS. (2011). Sexual health difficulties in a population-based sample of Croatian women aged 18-35 and the effects of the dual (career and motherhood) role. J Sex Med, 8(13), pp.14-21.