

## **Disfunción sexual femenina: manejo**

### **Sexual dysfunction in women: Management**

**Author** Jan L Shifren, MD. **Section Editor** Robert L Barbieri, MD **Deputy Editor** Sandy J Falk, MD, FACOG.

Jul 2015. | **This topic last updated:** Aug 19, 2013.

#### DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

**INTRODUCCIÓN.** - Los problemas sexuales son altamente prevalentes en las mujeres. En los Estados Unidos, aproximadamente el 40 por ciento de las mujeres refieren algún problema sexual y al 12 por ciento le causa distress.

La disfunción sexual femenina es multifactorial, a menudo con varias etiologías diferentes que

contribuyen al problema. Sin embargo, una evaluación cuidadosa y el uso de terapias disponibles pueden mejorar la función sexual. La mayoría de las mujeres con disfunción sexual tienen problemas que afectan a alguna fase del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo) o bien por una disminución general de la satisfacción sexual. Además, la disfunción sexual suele surgir en el contexto de otros problemas físicos, psicológicos y de relación de pareja.

Es importante evaluar los objetivos de las pacientes antes de iniciar el tratamiento. Esto también le da al médico la oportunidad de establecer expectativas realistas a las pacientes.

La disfunción sexual puede ser compleja y su tratamiento puede requerir conocimientos especiales. Con el consentimiento del paciente, las decisiones deben ser compartidos entre los especialistas que tratan al paciente (por ejemplo, cardiólogo, psiquiatra, etc.).

Además, las referencias a los psicoterapeutas, terapeutas sexuales, o fisioterapeutas pélvicos son a menudo necesarias para abordar aspectos específicos del tratamiento.

Asimismo, la pareja debe estar involucrada en el tratamiento. Esto puede incluir el tratamiento de la disfunción sexual de la pareja, si está presente.

La disfunción sexual femenina afecta típicamente a más de un aspecto de la sexualidad, así como también sucede con la mayoría de las terapias. Por lo tanto, generalmente no es posible identificar un problema sexual aislado y seleccionar una terapia específicamente para tratar ese problema.

Todos los tratamientos farmacológicos disponibles actualmente para la disfunción sexual femenina son de eficacia limitada y se asocian con efectos secundarios, por lo que las opciones no farmacológicas deberían ser el tratamiento inicial para la mayoría de las mujeres. Los principales predictores de la satisfacción sexual son la salud física y mental, y la calidad de la relación con la pareja, por lo que el enfoque de la terapia debe estar apuntada a dichos aspectos.

#### TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS.-

**ASESORAMIENTO.** - Los temas psicológicos y de relación a menudo subyacen, exacerbando o se amplifican por la disfunción sexual en uno o ambos cónyuges.

**TERAPIA DE PAREJA.**- El asesoramiento de la pareja es eficaz cuando hay conflicto de relación o comunicación limitada. Los terapeutas sexuales a menudo son consejeros altamente capacitados, con experiencia especial en la sexualidad humana. Pueden ser médicos, psicólogos o trabajadores sociales con formación y experiencia adicional.

Los terapeutas sexuales educan a las mujeres y a los hombres sobre el ciclo de la respuesta sexual normal y a hacer frente eficazmente a las preocupaciones culturales o religiosas respecto a la sexualidad.

Los terapeutas sexuales trabajan para mejorar la comunicación entre parejas y con frecuencia

ayudan a negociar una frecuencia aceptable para ambas partes de la actividad sexual cuando

diferentes niveles de interés sexual están presentes causando distress. Pueden dirigir a los pacientes a una amplia gama de recursos útiles, incluyendo listas de libros, ayuda visual y dispositivos.

Dada la eficacia y alto grado de seguridad de la terapia sexual, la consulta con un terapeuta sexual en general, debe ser considerado como un requisito previo para un ensayo de terapia

farmacológica para la mayoría de las mujeres con disfunción sexual.

**BIOFEEDBACK.**- Es muy útil para los pacientes con dispareunia, vaginismo y dolor pélvico.

**PSICOTERAPIA.**- Los trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión y la ansiedad, se asocian con aumento de la probabilidad de disfunción sexual. El tratamiento del problema psiquiátrico subyacente, con farmacología y/o psicoterapia adecuada puede conducir a una mejoría de la vida sexual. Abuso de sustancias, o dificultades físicas, emocionales o sexuales también son causales importantes. El tratamiento farmacológico de las enfermedades psiquiátricas, en particular con los IRSS (Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina), se asocia a trastornos en la esfera sexual.

**CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.** - La fatiga, el estrés y la falta de privacidad contribuyen significativamente a la disminución de la libido y problemas sexuales en las mujeres. A menudo, la reducción del estrés con grupos de apoyo, técnicas de yoga o de otro tipo de relajación o ejercicio, o recibir ayuda con las responsabilidades de cuidado de los niños y el trabajo de casa. Alentar a las parejas a establecer una habitual "noche de cita" para pasar una o dos noches fuera de las responsabilidades familiares puede conducir a mejoras significativas en el interés sexual. La investigación sobre la función sexual demuestra consistentemente un aumento de la libido y el placer en las nuevas relaciones. La lectura de libros sobre sexualidad, visita a una tienda con artículos diseñados para aumentar el placer sexual y la ampliación del repertorio sexual típico, aumenta efectivamente la libido y la respuesta sexual.

**MEJORAR LA IMAGEN CORPORAL.**-La autoimagen corporal afecta el interés y satisfacción sexual. Mujeres con sobrepeso y disfunción sexual deberían recibir indicación para disminuir de peso.

USO DE LUBRICANTES Y CREMAS.- Lubricantes durante las relaciones sexuales y el uso regular de cremas hidratantes vaginales hormonales o no, pueden ser útiles tanto para las mujeres pre y posmenopáusicas con sequedad vaginal.

USO DE DISPOSITIVOS.- De venta sin prescripción médica, su uso puede ser supervisado.

#### TERAPIA HORMONAL:

ANDRÓGENOS - Los niveles de andrógenos endógenos no predicen la función sexual; sin embargo, la terapia con andrógenos ha demostrado mejorar la función sexual femenina en poblaciones seleccionadas de mujeres posmenopáusicas. La discusión de la terapia con andrógenos debe incluir una explicación completa de los beneficios y riesgos potenciales. Las mujeres deben entender que los datos sobre seguridad y eficacia son limitados, incluyendo los datos sobre el uso a largo plazo, o el uso sin terapia estrogénica concomitante. Además, deben ser informadas que ninguna de las terapias con andrógenos comúnmente usados están aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la disfunción sexual femenina, debido a los datos de ensayos clínicos limitados, eficacia limitada en comparación con el placebo, o preocupaciones acerca de la seguridad de su uso.

Los andrógenos deben usarse con precaución en mujeres con riesgo de, o que tienen actualmente, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, hiperplasia endometrial, cáncer endometrial, o cáncer de mama. Para las mujeres en edad reproductiva, la terapia con andrógenos rara vez se debe utilizar, dada una baja probabilidad de que estén disminuidos los niveles de testosterona, los datos son limitados sobre la posibilidad de una exposición accidental en un embarazo.

ESTRÓGENOS.- En un conjunto de ensayos clínicos en más de 27.000 mujeres posmenopáusicas, se vió que el estrógeno sistémico con o sin progesterona no mejoró la satisfacción sexual. Sin embargo, si una mujer con una vida sexual previamente satisfactoria presenta problemas sexuales concurrentes con la aparición de sofocos, sudores nocturnos, interrupción del sueño y la fatiga resultante, tratamiento de los sofocos con la terapia hormonal posmenopáusica sistémica pueden llevar a una mejora en el problema sexual. Si los síntomas vasomotores no están presentes y no hay indicación para el tratamiento sistémico de estrógenos, la terapia con estrógenos vaginales de dosis baja sola es muy eficaz en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal y dispareunia. El interés sexual, la excitación y la respuesta a menudo mejoran con posterioridad a la mejora de la salud vaginal y confort durante la terapia.

TIBOLONA. - La tibolona es un esteroide sintético cuyos metabolitos tienen propiedades estrogénicas, progestacionales y androgénicas. En los ensayos aleatorizados, la tibolona parece más eficaz que la terapia de estrógeno/progesterona para el tratamiento de la disfunción sexual en las mujeres posmenopáusicas. No se han realizado ensayos comparativos de tibolona versus andrógenos. La tibolona no fue aprobada por la FDA, pero es utilizada por las mujeres posmenopáusicas en Europa y otros países.

#### OTRAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

**INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA.- (PDE-5)** El sildenafil tiene efectos positivos en la excitación sexual y el orgasmo en mujeres premenopáusicas en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) asociado a disfunción sexual. También pueden ser útiles en el tratamiento de la disfunción sexual en las mujeres con diabetes, esclerosis múltiple o lesiones de la médula espinal. Se necesitan más estudios en estas poblaciones.

**AGENTES PSICOTRÓPICOS.-**

**BUPROPION.-** Efectivo para la disfunción sexual femenina, aumentando el deseo sexual y la disminución de la angustia personal relacionada con la sexualidad en comparación con el placebo .

**FLIBANSERIN.-** El flibanserin, se estudió inicialmente como un posible antidepresivo. Los datos preliminares de varios ensayos multicéntricos aleatorizados en mujeres premenopáusicas con deseo sexual hipoactivo observaron mejoría (flibanserina frente a placebo: 21 vs 10% de mejoría)

**SUPLEMENTOS DE HIERBAS. -** Muchas mujeres están interesadas en tratarse con suplementos de hierbas, que se anuncian ampliamente y pretenden aumentar el deseo sexual y el placer. Las mujeres deben ser informados de que la seguridad y eficacia de estos productos no han sido probados, no hay supervisión reguladora mínima, y que a menudo son costosos. No obstante, dada una respuesta placebo del 30 por ciento y pocos efectos secundarios observados, las mujeres podrían elegir estas alternativas.

**SEGUIMIENTO -** Después de iniciar el tratamiento para la disfunción sexual, los pacientes deben ser vistos aproximadamente cada tres meses, hasta que las intervenciones sean eficaces y el problema sexual haya mejorado. Los pacientes que utilizan terapias farmacológicas deberán ser supervisados por los riesgos relacionados con las drogas y los efectos secundarios. La eficacia del tratamiento se evalúa mejor por el auto-reporte del paciente de la mejora de los síntomas.

**Comentario del autor**

El tratamiento de la disfunción sexual femenina se debe adaptar a la situación sexual, física y psicológica subyacente, incluyendo la relación de pareja, condiciones que pueden alterar la función sexual (depresión, atrofia vaginal, problemas sexuales relacionados con medicamentos, etc) deben ser evaluados y tratados antes de o durante el tratamiento de la disfunción sexual. Este artículo muestra un enfoque global de inicio para médicos de atención primaria.

Castro Vera Olivia Paola, Médica ginecóloga del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires