



Capítulo 9

Enfoque de las disfunciones sexuales femeninas

Catalina Bermúdez González
Residente de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud sexual y la posibilidad de disfrutar de una vida sexual placentera, satisfactoria y segura, dentro del conjunto de derechos de las personas de todas las edades; que se define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad (1).

La sexualidad hace parte esencial de la experiencia humana y ayuda a construir la individualidad de cada persona. Está determinada por múltiples factores que interactúan entre sí, (factores biológicos, culturales y psicosociales), que pueden variar entre el mismo individuo en el tiempo y según las circunstancias (2).

Se han propuesto múltiples modelos para explicar estas complejas relaciones, y para entender la aparición de la disfunción sexual femenina (3) desde 1960 *Master y Johnson* plantearon una respuesta sexual lineal en 4 etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente, en 1979 Kaplan describió un modelo de 3 fases: deseo, excitación y orgasmo. Luego, Basson, en 2002, habló de la influencia que tiene en la respuesta sexual femenina las relaciones interpersonales, en un modelo no lineal en el que las mujeres pueden experimentar excitación antes que deseo (4), y otros modelos han integrado factores biológicos, psicosociales, orgánicos y culturales (5).

Disfunción sexual femenina

Existen varios sistemas de clasificación como la de *Basson y colaboradores* (2003), la Federación Latinoamericana de Sexología (FLASSES) (2008) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) edición 11° (2019) (5); sin embargo, la más usada actualmente y con criterios más específicos es la determinada por el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), cuyos criterios han sufrido modificaciones en diferentes versiones del manual, en su 5° edición del 2013, especifica al menos 3 diagnósticos principales para la disfunción sexual en la mujer: el trastorno del interés/excitación sexual femenino, antes clasificado en deseo sexual hipoactivo y disfunción de la excitación sexual, el trastorno orgásmico femenino y el trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, antes dividido en dispareunia y vaginismo (6).

Epidemiología

La prevalencia de la disfunción sexual es variable y depende de la edad de las mujeres y la región geográfica en la cual sea evaluada; se ha descrito desde 17 al 35 % en mujeres jóvenes y hasta el 40 a 50 % en mujeres mayores de 65 años (6).

El estudio PRESIDE determinó una prevalencia de disfunción sexual femenina del 44 % en Estados Unidos y en Colombia se demostró una prevalencia del 33 % (7–9). En un estudio realizado en Medellín en mujeres entre 18 y 40 años, se encontró que un 30 % presentaban disfunción sexual (10).

En cuanto al trastorno de interés/excitación sexual se desconoce la prevalencia según la definición establecida en el DSM 5, pero según el DSM IV, el deseo sexual hipoactivo se presentaba hasta en el 60 % (3). El trastorno del orgasmo femenino puede variar desde 10 % en países del norte de Europa hasta 72 % en países africanos. El trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, es menos común, en un 5 a 22 % de las mujeres (6).

Factores de riesgo

Se han descrito múltiples factores como diabetes, hipertensión, enfermedades neurológicas, incontinencia urinaria de estrés, cáncer, infertilidad, síndrome urogenital de la menopausia, falla ovárica prematura, consumo de medicamentos (inhibidores de la recaptación de serotonina, bloqueantes de histamina, medicamentos hormonales, antihipertensivos) y abuso de sustancias psicoactivas. De igual forma, la histerectomía como factor de riesgo quirúrgico y otros factores psicosociales como trastornos de ansiedad, depresión, historia de abuso sexual, violencia de la pareja, estrés emocional, mutilación genital, alteraciones en la relación de pareja y una actitud negativa hacia la sexualidad, o durante el posparto por factores como la lactancia y en trauma perineal (8,11).

Evaluación

En todas las mujeres se recomienda realizar una tamización frente a posibles dificultades sobre su sexualidad en un ambiente de confianza y empatía, con el fin de identificar problemas que requieran exploración y manejo, además de desestigmatizar la discusión alrededor de la sexualidad (8).

Enfoque de las disfunciones sexuales femeninas

Se debe realizar una historia clínica completa donde se puedan establecer los antecedentes, y si la mujer presenta alguno de los factores de riesgo anteriormente mencionados, establecer la cronología y naturaleza de los síntomas, duración, inicio y su relación con circunstancias importantes en la vida de la mujer. Se debe interrogar la historia psicosexual, su identidad de género, orientación sexual, si su pareja presenta enfermedades, disfunciones sexuales o cómo es la comunicación, si hay historia de abuso sexual o violencia de género. Es importante saber si realiza algún tipo de actividad física, cuáles son sus hábitos de autocuidado, automedicación o comportamientos en cuanto a higiene genital, higiene de sueño o respecto a su imagen corporal (3,8).

Sobre los antecedentes patológicos que tienen impacto en la respuesta sexual se deben evaluar los endocrinológicos como el hipotiroidismo, diabetes mellitus, síndrome de Cushing; vasculares como hipertensión arterial, aterosclerosis, dislipidemia, accidente cerebrovascular, insuficiencia venosa; neurológicos como lesión de médula espinal, neuropatía diabética, discopatía, esclerosis múltiple, epilepsia del lóbulo temporal; y enfermedades sistémicas como renal, pulmonar o hepática, neoplasias o infección por VIH (3).

En los antecedentes ginecológicos se debe indagar por el número de gestaciones, tipo de partos, si presentó lesiones de piso pélvico, si ha requerido cirugías ginecológicas o el antecedente de cáncer ginecológico. Adicionalmente, se debe establecer la regularidad de los ciclos menstruales o la presencia de hemorragia uterina anormal. Se debe profundizar en historia de dolor pélvico crónico, infecciones ginecológicas o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). En pacientes menopáusicas se debe evaluar la presencia de síndrome urogenital de la menopausia (3,8).

Existen además algunas causas psicológicas, algunos factores predisponentes como la falta de información o experiencia sexual, expectativas irreales, actitudes personales y familiares negativas frente a la sexualidad, el parto, infidelidad o disfunción sexual de la pareja y factores perpetuadores como estrés laboral, problemas económicos, ansiedad de rendimiento o disforia de género (3).

Así mismo, medicamentos como alfametildopa, diuréticos tiazídicos, clonidina, propranolol, digoxina, barbitúricos, benzodiacepinas, haloperidol, imipramina, trazodona,

inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS), litio, opiáceos, antiepilépticos o alcohol pueden causar disfunción sexual (3).

Se pueden implementar cuestionarios como el índice de función sexual femenino (FSFI: *Female Sexual Function Index*) o la escala de "distress" sexual femenina (FSDS: *Female Sexual Distress Scale*) (8). El FSIS fue creado en el año 2000 y está validado en Colombia como herramienta de detección y seguimiento de resultados desde 2017, sin embargo, es un apoyo diagnóstico, ya que el estándar de referencia (*gold standard*) sigue siendo la entrevista clínica. Tiene un valor total entre 2-36 puntos y el corte para determinar disfunción sexual se ha determinado ≤ 26 puntos (sensibilidad 88 % y especificidad 73 %) (12,13).

Examen físico

Debe ser completo para determinar una adecuada inspección de enfermedades de base. En cuanto al examen físico ginecológico se debe enfocar en las áreas en las que se detectó en la anamnesis una posible alteración o patología ginecológica primaria (8).

Paraclínicos

Se recomienda solicitar laboratorios para evaluar el adecuado control de las enfermedades crónicas, hemoleucograma, pruebas de función renal, perfil lipídico, TSH, glicemia o uroanálisis para excluir causas orgánicas relevantes. En cuanto a los niveles de testosterona con relación al trastorno de interés/excitación sexual está debatido (3); el rango de la medición directa de la testosterona total y libre en mujeres es poco fiable y no se ha determinado la asociación entre las concentraciones de andrógenos endógenos y la función sexual de las mujeres (14).

Diagnósticos diferenciales

Es importante descartar algún trastorno psiquiátrico que pueda cursar con disfunción sexual como trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de estrés posttraumático, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, parafilias, disforia o incongruencia de género, y trastornos de la personalidad (3).

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Criterios diagnósticos

Según el DSM 5, los siguientes criterios se deben cumplir durante un periodo mayor a 6 meses, estar presentes en al menos el 75 % de los encuentros sexuales, provocar un malestar clínicamente significativo en la mujer y que no se explique mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (ej.: violencia de género) u otros factores estresantes significativos, además no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica (15).

Se debe especificar si:

- De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.
- Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Trastorno del interés/excitación sexual

Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina que se manifiesta por lo menos por una de las siguientes:

- Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
- Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
- Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla (15).

Es importante saber que a través de la vida puede haber fluctuación del deseo y la excitación en relación con factores modificables como factores individuales de pareja, cambios en el patrón del sueño, estrés, cambios en la imagen corporal, embarazo y lactancia, sedentarismo, uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas (3,8). Se debe destacar dificultades

en la relación de pareja, la comunicación, las dinámicas y el tipo de vínculo afectivo como uno de los principales factores desencadenantes, cuando se ha descartado problemas de tipo orgánico (5).

Trastorno del orgasmo

Se debe experimentar al menos uno de los siguientes síntomas:

- Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia del orgasmo.
- Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas (15).

Se considera primario si la mujer presenta un deseo y excitación normales; puede presentarse por medicamentos, cambios de los comportamientos de una relación, condiciones o factores psicológicos, condiciones neurológicas o cirugías pélvicas recientes que afectaran el nervio pudendo (3,8).

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración

Dificultades persistentes o recurrentes con una o más de las siguientes:

- Penetración vaginal durante las relaciones.
- Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
- Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
- Tensión o contracción marcada de los músculos del piso pélvico durante el intento de penetración vaginal (15).

Previamente se clasificaba como vaginismo, al hacer referencia al espasmo recurrente involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina, y dispareunia como dolor urogenital persistente asociado a la relación sexual. Puede haber de forma concomitante condiciones orgánicas como causas irritativas por pobre lubricación, vaginitis atrófica, dermatosis vulvares u otras como endometriosis, prolapso

Enfoque de las disfunciones sexuales femeninas

de órganos pélvicos, estenosis vaginal, hemorroides, malignidades ginecológicas, cicatrices o causas infecciosas, además de factores psicológicos (3,8). Se debe indagar por antecedente de abuso sexual, creencias religiosas, sociales, o educacionales (5).

Disfunción sexual relacionada con el embarazo

Los estudios han demostrado que el 91,3 % de las mujeres sufren problemas sexuales posparto (16). El principal factor de riesgo descrito para la disfunción sexual perinatal es haberla presentado previo al embarazo (8). Algunos estudios sugieren que la función sexual disminuye desde el tercer trimestre hasta poco después del parto y luego se recupera hasta el nivel previo; los problemas de la función sexual posparto son transitorios en la mayoría de las mujeres hasta un período de 6 meses, además, la literatura reporta que la mayoría de las mujeres no perciben estos cambios como un problema sexual grave (17).

Disfunción sexual relacionada con la menopausia

Se estima que aproximadamente el 50 % de mujeres en la menopausia presentan síndrome genitourinario, caracterizado

no solo por atrofia vulvovaginal sino por síntomas como sequedad vaginal, ardor, irritación, disminución de la lubricación, dolor con la penetración, síntomas urinarios de urgencia, disuria, infecciones urinarias recurrentes (8).

Tratamiento

Uno de los objetivos del tratamiento es el control adecuado de las enfermedades de base de la paciente, incluidas las ginecológicas encontradas en la evaluación. Es importante hacer énfasis en los estilos de vida saludables, la actividad física y ejercicio, además el cese del consumo de alcohol y el tabaquismo. En determinadas ocasiones es posible realizar cambios de medicamentos (8).

La piedra angular del tratamiento es la psicoterapia. Se recomiendan terapias como la terapia cognitivo conductual que está orientada en identificar y tratar creencias erróneas de la paciente alrededor de la sexualidad. El mindfulness ha demostrado mejoría mediante técnicas de reducción del estrés y la ansiedad. La terapia de pareja y el entrenamiento en prácticas sexuales también hacen parte de este componente (8). El tratamiento sexológico va encaminado a la disminución de la ansiedad, mejorar la intimidad, técnicas que favorezcan la confianza, seguridad y atracción en pareja, y desarrollo de nuevos escenarios sexuales (5). **Tabla 1.**

Trastorno del interés/excitación sexual	Trastorno del orgasmo	Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración
Psicoterapia	Psicoterapia	Psicoterapia
Tibolona	Estimulación directa del clítoris	Estrógenos vaginales tópicos
Testosterona transdérmica (No aprobado por FDA)		Ospemifeno en posmenopausia
Flibanserina		Prasterona intravaginal
		Lubricantes

Tabla 1. Alternativas de manejo según disfunción sexual (2). FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos del Gobierno de los Estados Unidos.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Estrógenos

Son buena elección farmacológica en mujeres posmenopáusicas, especialmente vaginales, si está relacionado con síndrome urogenital, o sistémicos a bajas dosis si está asociado a síntomas vasomotores. Se debe explicar a la mujer los riesgos de la terapia de reemplazo hormonal. Algunas alternativas tópicos son:

- Crema vaginal: Estrógenos conjugados 0,625 mg/día, aplicar un gramo 2 veces por semana. Otra opción es estradiol 100 mcg/día, aplicar diariamente por 2 semanas y luego continuar 2 veces por semana.
- Inserto vaginal: estradiol 10 mcg, aplicar uno cada 2 semanas. No está disponible en Colombia.
- Anillo vaginal: Estradiol 7,5 mcg/día. Aplicar uno cada 90 días (2,8).

Ospemifeno

Medicamento modulador del receptor de estrógenos (SERM), puede ser alternativa a estrógenos vaginales para el manejo de la dispareunia en el síndrome urogenital de la menopausia. Está aprobado desde el 2013 por la Administración de Alimentos y Medicamentos del Gobierno de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) específicamente en esta condición. Dosis de 30- 60 mg/día (8).

Tibolona

19-nortestosterona, derivado de modulador del receptor de estrógenos (SERM). Aunque está permitido en Europa, la evidencia para trastorno del interés/excitación es limitada. Viene en tabletas, gel, cremas o anillo vaginales, con mínima absorción sistémica (8).

Testosterona transdérmica

Se ha utilizado para manejo a corto plazo en mujeres posmenopáusicas con trastorno de interés/excitación sexual, por lo cual se utiliza por 3-6 meses ya que no hay estudios concluyentes sobre su seguridad a largo plazo. En mujeres premenopáusicas tiene evidencia insuficiente. Si se considera este manejo se debe informar claramente a la paciente sobre los posibles efectos adversos como hirsutismo, acné y

algunos cambios de virilización como el aumento del tamaño del clítoris que pueden ser irreversibles. No está aprobada por la FDA.

La deshidroepiandrosterona (DHEA) sistémica no ha demostrado ser efectivo y no está recomendado, por lo cual la Sociedad de Endocrinología y Sociedad de Menopausia de Norteamérica no aconsejan su uso para manejo de disfunción sexual femenina (8,14).

Flibanserina

Modulador del receptor postsináptico de serotonina 5HT1 y 5HT2. Ha sido utilizado en mujeres premenopáusicas con trastorno del interés/excitación sin diagnóstico de depresión de forma concomitante. Aunque tiene baja calidad de la evidencia y ha mostrado mínima mejoría, fue aprobado por el FDA en el 2015 a dosis de 100 mg/día (8).

Sildenafil

Inhibidor de la fosfodiesterasa 5. Se ha usado con base al mecanismo de acción en hombres con disfunción eréctil, al pensar que lleva a un aumento de flujo sanguíneo en la pelvis y clítoris, sin embargo, no ha sido evaluado ni aprobado por la FDA para este uso. Se ha usado en mujeres que requieren manejo con IRSS con resultados contradictorios (8).

Bupropion

Inhibidor de la recaptación de dopamina y norepinefrina. Se ha demostrado mejoría en mujeres con disfunción sexual inducida por antidepresivos con mejoría en los puntajes de FSFI a las 12 semanas de tratamiento con dosis de 150 mg cada 12 horas (8).

Prasterona intravaginal (preparación con DHEA)

Fue aprobado por la FDA en 2016 para el tratamiento de la dispareunia moderada a grave en mujeres posmenopáusicas.

Dispositivos

En el año 2000, la FDA aprobó el dispositivo de succión clitoriano provisto de baterías para manejo de trastorno del orgasmo. Tiene evidencia limitada ya que hay pocos estudios

y con muestras pequeñas. Otros dispositivos como los vibradores no tienen evidencia clara por poca disponibilidad de estudios (2,8).

Autodilatación

Se ha considerado para relajar los músculos del piso pélvico en vaginismo o corregir la estenosis posterior a radiación, sin embargo, no hay en la literatura una técnica óptima sobre el tiempo y duración (8).

Lubricantes y humectantes

Pueden ayudar a reducir la dispareunia cuando hay sequedad vaginal. Se han usado comúnmente algunos a base de ácido hialurónico o policarbofil para aplicación dos a tres veces por semana. Se recomiendan a base de agua o silicona para no interferir con los condones de látex (8).

Láser fraccionado de dióxido de carbono vaginal

No ha sido aprobado por la FDA ya que la seguridad y eficacia para la atrofia vulvovaginal no ha sido correctamente estudiada, sin embargo, algunos estudios muestran datos potencialmente beneficiosos (8).

Educación

Otro de los puntos a recalcar es la importancia de la educación de las mujeres en cuanto al conocimiento de su anatomía, sus genitales y piso pélvico. Es clave educar en las conductas adecuadas de higiene íntima, la eliminación de irritantes vulvovaginales de rutina en autocuidado como jabones, duchas vaginales, productos perfumados o protectores.

Se debe enfatizar sobre la importancia del manejo multidisciplinario que debe incluir también a psicología, psiquiatría, sexología clínica y a los especialistas que manejen las enfermedades crónicas de estas pacientes (8).

Conclusiones

Las disfunciones sexuales femeninas son prevalentes, poco estudiadas y conducen a la disminución de la calidad de vida, con lo que se afecta negativamente la salud física, psicológica, social y emocional de las mujeres. Se debe

ofrecer un enfoque multidisciplinario, posterior a corregir posibles causas orgánicas, donde se incluya psiquiatría, psicología y sexología clínica para una evaluación y manejo en todas las dimensiones de la mujer, además de proporcionar una adecuada educación, pautas de autocuidado y trabajar algunas creencias erradas sobre salud sexual.

Bibliografía

1. Defining sexual health Sexual health document series. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva; 2006.
2. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Med Clin North Am. 2019 Jul;103(4):681–98.
3. Shafer LC. Trastornos sexuales y disfunción sexual. Second Edi. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica + ExpertConsult. Elsevier España#241;a, S.L.U.; 2020. 402–411 p.
4. MASTERS, WH, & JOHNSON V (1960). The human female: anatomy of sexual response. Minn Med. 1960.
5. Santamaría FC. Manual de sexología y terapia sexual. 1º edición. Madrid, España: Síntesis; 2010.
6. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men : A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. 2016;13(2):144–52.
7. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldo A, Kingsberg SA, Larkin L, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. Vol. 94, Mayo Clinic Proceedings. Elsevier Ltd; 2019. p. 842–56.
8. ACOG. Female Sexual Dysfunction. Obstet Gynecol. 2019 Jul;213(1):E1–18.
9. Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018;69(1):9.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

10. Echeverry MC, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Sexually Active Women 18 to 40 years of Age in Medellín, Colombia. 2010;2663–9.

11. Asselmann E, Hoyer J, Wittchen HU, Martini J. Sexual Problems During Pregnancy and After Delivery Among Women With and Without Anxiety and Depressive Disorders Prior to Pregnancy: A Prospective-Longitudinal Study. J Sex Med. 2016;13(1):95–104.

12. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). Arch Sex Behav. 2018;47(3):797–810.

13. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? J Sex Med. 2020;17(1):17–25.

14. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab. 2019;104(10):4660–6.

15. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. 203 p.

16. Banaei M, Dashti A. Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women. Mater Socio Medica. 2018;30(2):198.

17. Maria L, Markus M, Christof W, Corinna S, Mitho R, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. Arch Gynecol Obstet. 2019;299(1):69–77.