

Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida

Santiago Pintado Vázquez

Servicio de Ginecología. Hospital San Agustín. Avilés. España.

RESUMEN

La disfunción sexual femenina (DSF), a pesar de su alta prevalencia, del 30 al 40% entre las mujeres, se sigue ignorando en nuestro sistema sanitario debido al desinterés de los profesionales y a la desconfianza de las pacientes ante esta enfermedad. Hay que señalar que en los últimos años hay un cambio de actitud de las mujeres acerca de su sexualidad y cada vez hay más demanda en busca de solución de los trastornos de la función sexual. En este trabajo se examina la DSF desde el punto de vista de la mujer como paciente y de los profesionales sanitarios, y se lleva a cabo una puesta al día de sus causas, su prevalencia y su clasificación.

Se reitera la importancia que tiene el ginecólogo en el diagnóstico de las disfunciones sexuales secundarias a la menopausia y del hipotestosteronismo e hipotestosteronismo en su origen y mantenimiento. Se insiste en la importancia y repercusión de este tipo de enfermedad sobre la calidad de vida y en la reversibilidad de los síntomas con la terapia estrogénica y androgénica, y se hacen una serie de recomendaciones desde el punto de vista de la ginecología, como especialidad, para evaluar y prevenir las alteraciones de la función sexual en la menopausia.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina. Menopausia. Calidad de vida.

ABSTRACT

**Female sexual dysfunction and menopause.
Impact on quality of life**

Although the prevalence of female sexual dysfunction (FSD) is high, affecting 30-40% of women, this disorder continues to receive little attention in the Spanish health system due to lack of interest among clinicians and reticence among patients. In the last few years, the attitudes of women toward their sexuality have changed and there is increasing demand for solutions to sexual function disorders. The present article examines FSD from the points of view of women as patients and of health professionals and provides an update on the causes, prevalence and classification of FSD.

The importance of gynecologists in the diagnosis of FSD secondary to menopause and of hypotestosteronism and hypotestosteronism in their onset and persistence is stressed. We also highlight the importance and impact of FSD on quality of life, as well as the reversibility of symptoms with estrogen and androgen therapy. From the point of view of the specialty of gynecology, a series of recommendations for the evaluation and prevention of alteration of sexual function in menopause are also provided.

Key words: Female sexual dysfunction. Menopause. Quality of life.

Correspondencia: Dr. S. Pintado Vázquez.
Servicio de Ginecología. Hospital San Agustín.
Camino de Heros, 4. 33400 Avilés.
Principado de Asturias. España.
Correo electrónico: santipv@telecable.es

INTRODUCCIÓN

Cuando se tiene la oportunidad de reflexionar y se pregunta cuál es el trato que recibe la enfermedad de la disfunción sexual femenina (DSF) por parte de la sanidad, uno se da cuenta de que está desatendida, menospreciada, relegada e ignorada. No se le está dando la importancia que requiere, al menos por el momento, aunque somos conscientes, como ginecólogos, del aumento de las demandas de ayuda de las pacientes menopáusicas con disfunción sexual. Las DSF no generan ingresos hospitalarios, ni gasto farmacéutico, ni beneficios, por eso es la gran olvidada, a sabiendas que la salud sexual es un índice de calidad sanitaria de una población. Las DSF aún no son una realidad porque no dejan de ser un problema por 3 razones fundamentales: *a)* complejidad; *b)* desinterés por parte de los profesionales sanitarios, debido a la falta de información y al poco atractivo científico, y *c)* por la actitud de desconfianza de las mujeres ante esta enfermedad.

Disfunción sexual femenina: ¿realidad o problema?

La respuesta sexual femenina humana es, por su enorme complejidad, excepcional en la escala animal. Depende de factores diversos entrelazados entre sí, que comprometen a múltiples estructuras orgánicas y psíquicas, que completan una personalidad sexual única y singular para cada mujer. La sexualidad dependerá de factores políticos, sociales, religiosos, etc., según cada época, sin olvidar las características geográficas. El grado de educación, tanto general como sexual, es determinante. Las DSF se dan más en las clases humildes con bajos niveles de educación. A nadie se le escapa que la sexualidad pueda ser igual en el caribe que en los países árabes, en Norteamérica o en Sudamérica, donde hay sociedades y culturas muy diferentes. El ejemplo vivo lo tenemos en nuestro propio país. Las mujeres españolas, que están en torno a la cincuentena y próximas a la menopausia, recibieron una educación inmersa en la dictadura y marcada por la moralidad religiosa de la época, donde la censura y la represión dominaban aquel “escenario”. La única función de la sexualidad era el matrimonio y la procreación. El sexo en la menopausia no existía y el concepto de placer sexual, como función de la sexualidad, era como una aberración. De todo ello se desprende que las menopáusicas españolas actuales tengan cierto grado de desinformación, miedo o tabúes, no sólo acerca de la sexualidad sino también de la propia menopausia. Finalmente, la sexualidad dependerá de factores individuales como el desarrollo de la propia personalidad, vivencias sexuales previas, parejas que se

hayán tenido, grado de vinculación y comunicación con éstas, eventuales enfermedades asociadas, posible estado menopáusico, etc.

Disfunción sexual femenina desde el punto de vista de los profesionales sanitarios

Desde el punto de vista de los médicos, las DSF no reciben la importancia que se merecen en la actualidad. En tiempos pretéritos, las dificultades sexuales solían considerarse como problemas exclusivamente de índole psicológico. A quien osaba confesar conflictos en el ámbito de la sexualidad, se le remitía rápidamente a un psicólogo o a un psiquiatra para que los resolviera. El camino hacia la búsqueda de ayuda era desesperante y solitario y, de alguna manera, lo sigue siendo. Solamente el 6% de los médicos de atención primaria tiene algún interés por la enfermedad sexual y sólo el 32% de los ginecólogos pregunta a sus pacientes si tiene dificultades en sus relaciones, de los que sólo un 1% trata las alteraciones de la sexualidad con terapia hormonal sustitutiva (THS)¹. Lo que revela la escasa importancia que se le da al problema. ¿Por qué?, porque no es una enfermedad vital. Se puede vivir con o sin relaciones sexuales. Porque la investigación acerca de las DSF es muy escasa, realizada por grupos concretos y países muy concretos. No hay grandes estudios poblacionales y es insuficiente la información disponible y, por tanto, frena los avances científicos en este campo.

Disfunción sexual femenina desde el punto de vista de las mujeres

¿Y qué dicen las mujeres?, ¿que opinan? Cuando comentan alguna situación acerca de su sexualidad, ¿de qué se quejan?, ¿qué denuncian? Las pacientes básicamente se quejan de falta de información y del poco tiempo que tienen para exponer sus problemas sexuales cuando hablan de ellos en nuestras consultas.

Esto genera sospechas, suspicacias, desconfianza. Solamente el 18% de las menopáusicas con síntomas solicita ayuda y tarda una media de 6 años en consultar, tiempo excesivo comparado con el de otros países, como el Reino Unido que tardan 6 meses. Esto conlleva a desconfiar y abandonar los tratamientos¹.

Toda esta situación lleva a un círculo vicioso ininterrumpido que se está fragmentando por parte de las pacientes y de la investigación sobre el tratamiento de las DSF. Con seguridad, una nueva actitud de las mujeres y un despliegue en la industria farmacéutica para buscar tratamientos seguros y eficaces, nos pondrán al mismo nivel que con las disfunciones sexuales masculinas en la actualidad.

Si la función de la sexualidad es el propio placer sexual, cada vez hay más mujeres que se preguntan: ¿por qué negarlo? En España, en los últimos años, se está asistiendo a un cambio de actitud de las mujeres hacia su vida sexual, y cada vez habrá más demanda en busca de solución para los trastornos de la función sexual. Por otro lado, cada vez hay más profesionales sanitarios dedicados al campo de la medicina sexual y terapia psicosexual.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y PREVALENCIA

¿Cómo se define una disfunción sexual?, según la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1992, es la dificultad o imposibilidad de participar en las relaciones sexuales tal y como lo desea cada persona. Se añadió a la definición un concepto muy importante, no sólo debe de haber dificultades, sino que dichas dificultades deben producir aflicción, sufrimiento o distrés personal o interpersonal. Añadido lógico porque puede haber mujeres con DSF aceptadas y toleradas por sus parejas sin ningún tipo de sufrimiento, que no se pueden considerar como patológicas².

El sistema de clasificación que se utiliza actualmente data de 1994, y no es todo lo completo que debería, pero resulta muy útil desde el punto de vista clínico, porque nos proporciona un marco diferencial entre categorías estipuladas en la DSM-IV. Todas las mujeres se pueden encajar fácilmente en un patrón o categoría, porque muchas veces las disfunciones son mixtas y otras muy complejas en las que intervienen factores psicológicos confusos y complicados. A veces únicas, otras asociadas a otros factores, como cuando están vinculadas al déficit hormonal provocado por la menopausia. Pueden presentarse transitoriamente en el tiempo, con una pareja concreta, por alguna enfermedad concomitante, etc.².

Al hacer una revisión histórica de lo publicado se observa que las DSF tienen una alta prevalencia, que oscila entre el 30 y el 40%. En España hay comunicaciones recientes con una prevalencia cercana al 50% en la comunidad de Cataluña¹.

Los trastornos del deseo, que son los más estudiados por ser los más frecuentes en la menopausia, varían de un 27 a un 70%. Los trastornos de la excitación son los menos estudiados, porque se necesitan métodos objetivos a través de pletismografía con VPA (*vaginal pulse amplitude*), procedimiento en el que se mide de forma indirecta la vasocongestión vaginal y el grado de excitación de la paciente. También se puede utilizar el sistema eco-Doppler para evaluar la vaso-

TABLA 1. Porcentajes por sintomatología en la disfunción sexual femenina según diferentes autores y años

	Trastornos del deseo (%)	Trastornos de la excitación (%)	Trastornos del orgasmo (%)	Dispareunia (%)
Halstrom, 1990	27			22
Sarrel, 1990	70		23	20
Dennerstein 1997	30			17
Brandt, 1995	59			
Blumell, 2002	38	34	26	35
López Olmos, 2003	59		39	26
Dhillon, 2005	31			44

congestión vaginal. Estos sistemas tienen validez para conocer el estado vascular genital, que nos aproxima objetivamente al grado de respuesta excitatoria, pero no tienen validez por estar limitados a la evaluación del orgasmo³. En la tabla 1 se reflejan los porcentajes por sintomatología en DSF según diferentes autores y años.

En las estadísticas hay una gran distorsión y variabilidad por la falta de unanimidad en la inclusión de datos como la edad de las menopáusicas, diferencias en los tests de evaluación. Inicialmente no tienen gran valor hasta que no se haga una estadística que incluya varios países. Por todo ello no es fácil realizar una evaluación en la que se pueda definir el estado de la función sexual, porque los datos e instrumentos utilizados están sometidos a la evaluación subjetiva del examinador^{4,5}.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y MENOPAUSIA: UN PROBLEMA REVERSIBLE Y SUPERABLE

La forma de entender, vivir y afrontar la menopausia tiene gran influencia sobre la sexualidad y puede ser determinante en la aparición de DSF. Nos encontramos ante 2 discursos diferentes, siempre hablando de mujeres sanas:

– Mujeres que aceptan el curso de la vida como algo natural y consideran la menopausia como un mero cambio al que deben adaptarse. Rehuyen la ayuda médica y tienen tendencia a negar o minimizar la sintomatología, suelen estar mal informadas y a menudo tienen tabúes. Su objetivo es dejar pasar, ir tirando. Toman una actitud pasiva y pesimista. Consideran la menopausia como un “cambio irreversible”. Esta forma de actuar es un factor de riesgo en donde a medio plazo se ceban las DSF.

– Mujeres para las que la menopausia representa una pérdida de bienestar y de calidad de vida: “yo

quiero vivir como hasta ahora". Estas mujeres viven implicándose para combatir los cambios. Son pacientes que solicitan ayuda prontamente y su objetivo es mantenerse o mejorar su calidad de vida. Tienen una actitud optimista y activa, y consideran a la menopausia como un "problema reversible y superable".

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y MENOPAUSIA: HIPOESTROGENISMO E HIPOANDROGENISMO

La sintomatología sexual se inicia cuando la estrogenemia es < 500 pg/100 ml y se acentúa por debajo de 350 pg/100 ml (en la mujer en edad fértil se reconocen como rangos normales: fase estrogénica 100-1.500 pg/ml, fase lútea 2.500-28.000 pg/ml y en edad menopáusica < 700 pg/ml)². Todos estos cambios van a producir variaciones en la fisiología del acto sexual en cada una de sus fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución⁶. La atrofia de la vagina reduce su longitud y anchura casi a la mitad. Disminuye enormemente su elasticidad. El pH se alcaliniza, lo que favorece las infecciones. La lubricación disminuye en cantidad y tarda hasta 3 y 4 min, en lugar de los 5 a 10 s en situación de normalidad, lo que significa que la fase de excitación debe de ser más duradera para alcanzar una buena lubricación. Disminución en el calibre y elasticidad del introito vulvar, que origina dificultades en la penetración. No hay que olvidar que un 5-15% de las mujeres tienen incontinencia urinaria durante las relaciones coitales, de las que se inhiben por pudor e higiene. Disminuye la turgencia y erección del clítoris, lo que modifica los orgasmos, que son más débiles en duración e intensidad. Las contracciones uterinas y rectales que acompañan al orgasmo se reducen enormemente y pueden llegar a ser dolorosas. Se produce una involución mamaria que se traduce en pérdida de sensibilidad a los estímulos erógenos, etc.^{2,7}.

No hay que olvidar que el sistema nervioso central (SNC) tiene receptores estrogénicos alfa y beta y receptores androgénicos, y posee los enzimas necesarios para sintetizar esteroides a partir del colesterol, que se conocen como neuroesteroides. Los efectos estrogénicos mediados por los receptores incluyen efectos directos en las neuronas a través de los receptores de membrana e intranucleares que mantienen el trofismo, la regeneración y la morfología neuronal y regulan la síntesis, liberación y metabolismo de varios neuropéptidos y neurotransmisores así como la expresión de sus receptores. También los estrógenos tienen funciones no mediadas por los receptores, como regular la excitabilidad eléctrica y mantener el funcionamiento sináptico⁸. Estos aspectos resultan

relevantes a la hora de entender la mejoría mental con la THS.

El hipoestrogenismo produce una disminución de la actividad colinérgica, lo que origina una disminución de la síntesis de acetilcolina, al igual que una menor liberación de catecolaminas (dopamina, adrenalina y noradrenalina), que puede estar en relación con estados depresivos y esquizoides. Igualmente decrece la concentración de serotonina, disminuye la actividad del ácido gamma aminobutírico (GABA) y decrece la actividad de sus receptores. Asimismo, el hipoestrogenismo es el responsable de una disminución de neuropéptidos, como las endorfinas, que además de intervenir en ciertos procesos del comportamiento, la termorregulación y la analgesia, tienen otros múltiples efectos neuroendocrinos⁸.

Como consecuencia de estas carencias se van a producir una serie de síntomas disfóricos a corto, medio y largo plazo que afectan del 31 al 53% de las pacientes menopáusicas. Los factores de riesgo asociados con la depresión en la menopausia son: antecedentes de depresión, disforias relacionadas con anticoncepción oral, disforias relacionadas con el síndrome premenstrual, depresión posparto, responsabilidad de cuidar a otras personas a su cargo, bajo nivel educacional. Todos estos cambios psíquicos o psiquiátricos, que muchas veces requieren tratamiento, repercuten muy negativamente en la actividad sexual de las mujeres posmenopáusicas que las presentan y pueden ser el único origen de disfunción sexual. La terapia de reemplazo hormonal mejora las disfunciones sexuales, entre otras razones porque mejora toda la sintomatología psíquica produciendo un estado de bienestar global⁸.

Con relación al hipoandrogenismo, en la menopausia la producción de testosterona se reduce a la mitad. No hay consenso ni está bien definido el papel que juegan los andrógenos en la sexualidad femenina. Se desconoce si su actividad se debe a sus propios efectos o a su degradación en otros esteroides con capacidad estrogénica⁹.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y MENOPAUSIA: ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS ASOCIADOS

No hay que olvidar que hay múltiples padecimientos, sobre todo algunas enfermedades crónicas comunes en las mujeres menopáusicas, que pueden ser el origen de una DSF y muchas veces son la primera sospecha de éstas. Hay que descartar la posibilidad de otras enfermedades ginecológicas y, sobre todo, valorar los posibles tratamientos farmacológicos asociados, porque muchas medicaciones de uso común,

TABLA 2. Enfermedades crónicas, enfermedades ginecológicas y medicamentos que pueden interferir en la respuesta sexual femenina

Enfermedades generales	Enfermedades ginecológicas	Medicamentos
Enfermedades oncológicas	Miomas uterinos	Antipsicóticos: clorpromacina, tioridazina
Arteriosclerosis	Endometriosis	Tranquilizantes: fenotiacinas, butiferrona
Diabetes	EPI	Hipotensores
Hipertensión arterial	Infecciones	Alfametildopa (efecto antiandrogénico)
Enfermedades autoinmunitarias	Complicaciones poscirugía	Hidralacina (apatía sexual)
Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades de la piel	Clonidina (apatía sexual)
Enfermedades coronarias	Enfermedades oncológicas	Reserpina (disminuye el deseo sexual)
Enfermedades de la piel	Radioterapia	Propanolol (disminuye el deseo sexual)
Enfermedades medulares	Quimioterapia	Diuréticos
Neuropatías		Espironolactona (apatía sexual)
Alcohol, drogas, tabaquismo		Antihistamínicos
Enfermedades endocrinas		Cimetidina (inhibe la secreción vagina)
		Anticolesterolémicos
		Clofibrato
		Anticolinérgicos
		Antiandrógenos
		Acetato de ciproterona
		Acetato de medroxiprogesterona

bastantes más de las que se cree, tienen efectos adversos sobre la respuesta sexual. Algunos actúan en el SNC, modificando la respuesta de los neurotransmisores como la alfametildopa, sedantes y tranquilizantes. Otros, por acción en las terminaciones nerviosas, bloqueando los receptores adrenérgicos. Algunos son competidores hormonales. En la tabla 2 se describe esquemáticamente las enfermedades crónicas, enfermedades ginecológicas y medicamentos que pueden interferir en la respuesta sexual femenina y, por tanto, favorecer la aparición de DSF.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y MENOPAUSIA: TRATAMIENTO

Las opciones de terapia en la DSF y menopausia se podrían dividir o clasificar en: psicosexual, no hormonal, THS y otras¹⁰. A continuación se analiza cada una, con sus ventajas e inconvenientes.

Terapia psicosexual

Recurso indicado cuando hay antecedentes de traumas sexuales, malas experiencias y vivencias sexuales previas, temores a la intimidad, falta de formación y tabúes sobre sexualidad, mala imagen corporal, temor al envejecimiento, que están en el origen del miedo a ser rechazadas, etc. El consejo y apoyo psicosexual es el método más eficaz cuando hay problemas vinculares, como la mala comunicación y las dificultades entre la pareja, y tienen la finalidad de restablecer la normalidad en los contactos sexuales. Este trabajo te-

rapéutico se puede desarrollar, según los casos y los sujetos, tanto de forma individual como en el conjunto de la pareja. En muchas ocasiones no es posible plantear una terapia única para las DSF debido a que la respuesta sexual es muy compleja. Por eso, los mejores resultados terapéuticos son los que combinan información, terapia psicológica y tratamiento farmacológico.

Terapia no hormonal

Incluye diversidad de medicamentos de eficacia dudosa, de los que gran parte aún están sometidos a estudio. Entre ellos los más destacados son:

– Inhibidores de la PDE5. Sildenafil (viagra), tadalafil (cialis) y vardenafil (levitra). Fármacos vasoactivos, que prolongan la acción vasodilatadora del óxido nítrico en las arterias de los cuerpos cavernosos. Son inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa 5, conocidos como la “viagra femenina”. Inicialmente, las aportaciones de los estudios realizados por Goldstein y Berman⁷ fueron prometedores; sin embargo, en la actualidad y remitiéndonos a ensayos en fase III de investigación del fármaco, los resultados son desalentadores y no hay datos clínicos que apoyen el uso de sildenafil en las DSF.

– Apomorfina. Agonista de la dopamina, involucrada en el deseo y despertar sexual. Por tanto, se supone sería útil en problemas de inhibición del deseo o de excitación sexual, es decir, tendría un supuesta acción afrodisíaca. Su inconveniente es el efecto de náusea dependiente de la dosis.

– L-arginina. Aminoácido precursor del óxido nítrico. Su eventual mecanismo de acción sería el aumento de su síntesis y el incremento de la perfusión del tejido eréctil.

– Fentolamina. Se utiliza en el tratamiento de la hipertensión arterial. El mesilato de fentolamina por vía oral está en fase III de los ensayos clínicos. Funciona como un bloqueador alfa-adrenérgico, que incrementa el flujo sanguíneo de los músculos lisos del pene. Se usa en inyecciones intracavernosas, combinado con otros fármacos similares, en el tratamiento de la disfunción eréctil (DE) masculina.

– Prostaglandina E1 (PGE1). Hay 2 presentaciones, en forma de cremas y geles (MUSE) de aplicación periclitórida, que actúa a los 10 min y su acción se prolonga hasta los 50 min, y en liofilizado (caverject) como inyección intracavernosa en el tratamiento de la DE. Su acción se traduce en un marcado incremento del flujo sanguíneo en el tejido eréctil. La presentación en cremas o geles se encuentran en fases I y II de ensayos clínicos y con resultados alentadores.

– Yohimbina. Compuesto de origen vegetal y pionero del tratamiento de la DE. Tiene un efecto bloqueador alfa-adrenérgico como la fentolamina.

– Fitoestrógenos. Se han comunicado mejorías en la sequedad vaginal.

– Minoxidil. Vasodilatador no adrenérgico que se emplea como antihipertensivo en forma de comprimidos y, precisamente por ese efecto vasodilatador, se ha propuesto su uso en algunas de las DSF. Otra cosa es la presentación en lociones tópicas para el cuero cabelludo indicadas para combatir la alopecia.

– Remedios tradicionales. Se podrían considerar como sustancias placebo. Vegetales como la damiana, el ginseng, las trufas, el gota, el apio, los ajos, etc. Algunos pescados y mariscos: ostras, caviar. Productos como el chocolate, etc. Todas ellas componen lo que popularmente se conocen como afrodisíacos.

Terapia hormonal sustitutiva

Constituye el tratamiento más eficaz y con el que se han obtenido los mejores resultados; presenta 3 opciones de empleo: sólo estrógenos, sólo andrógenos o mezcla de ambos¹¹⁻¹⁴.

– TSH con estrógenos. Su uso a dosis convencionales, sin entrar en los inconvenientes de las indicaciones y de los efectos secundarios, resulta seguro y eficaz, específicamente en la reducción de la atrofia y de la sequedad vaginal y mejora notablemente la dispareunia. Sin embargo, se ha observado poca o ninguna actividad positiva respecto al deseo, la excitabilidad y el orgasmo. En los casos en que se demuestra

un incremento del deseo y de la actividad sexual, se cree que se debe a la mejoría del bienestar general, del ánimo, del insomnio y otros síntomas de la esfera psíquica. Su acción farmacológica se atribuye al incremento de la síntesis del óxido nítrico que producen los estrógenos, lo que contribuye a mejorar el flujo sanguíneo clitorídeo y el trofismo y la sequedad vaginal.

– THS con andrógenos. Aunque no se conoce el papel exacto que juegan los andrógenos en la sexualidad femenina, la terapia androgénica también parece tener un efecto muy beneficioso, especialmente en las menopausias quirúrgicas. La mayoría de los trabajos publicados muestra una mejoría del deseo, de la libido y de la actividad sexual en general. Esta mejoría generalmente se refiere al área psicológica y se debe al aumento de la síntesis y liberación de opiáceos endógenos, tipo endorfinas. Sin embargo, hay pocas evidencias que comuniquen mejoría en la excitabilidad y el orgasmo. La posología de la terapia con andrógenos debe de estar adecuada a la androgenemia para minimizar los efectos secundarios. En la actualidad, los preparados androgénicos para mujeres se comercializan en pocos países, y en España sólo se permite su uso en ensayos clínicos.

Por último, terminaremos este apartado haciendo referencia a las diferentes presentaciones disponibles de testosterona y estrógenos. La metiltestosterona unida bien a dietilestilbestrol, a estrógenos conjugados o a estrógenos esterificados, se utiliza por vía oral. La dosificación estándar (0,25 mg/5 mg) sería 1 comprimido por día, 21 días consecutivos y 7 de descanso. También se usa la fluoximesterona más etinilestadiol, y su dosificación estándar (1 a 2 mg/0,02 a 0,04 mg) sería 2 comprimidos por día, 21 días y 7 de descanso. La testosterona, en preparados para varones, bien en forma de enantato o de cipionato (200 mg) en posología de 1 inyección intramuscular mensual, o bien en forma de parches, geles y pellets, para aplicación por vía transdérmica.

Mención aparte merece la tibolona (climafem), esteroide que tiene actividad estrogénica, progesterónica y androgénica. Derivado de esta actividad androgénica produce una mejoría de la libido, del deseo y de la actividad sexual. Puede ser de elección en las pacientes con que necesiten THS y presenten una DSF. Su presentación es en comprimidos 2,5 mg y la posología de una unidad cada 24 h.

Otras

Se hace especial referencia al tratamiento de la dispareunia en las DSF debidas a la atrofia y/o sequedad va-

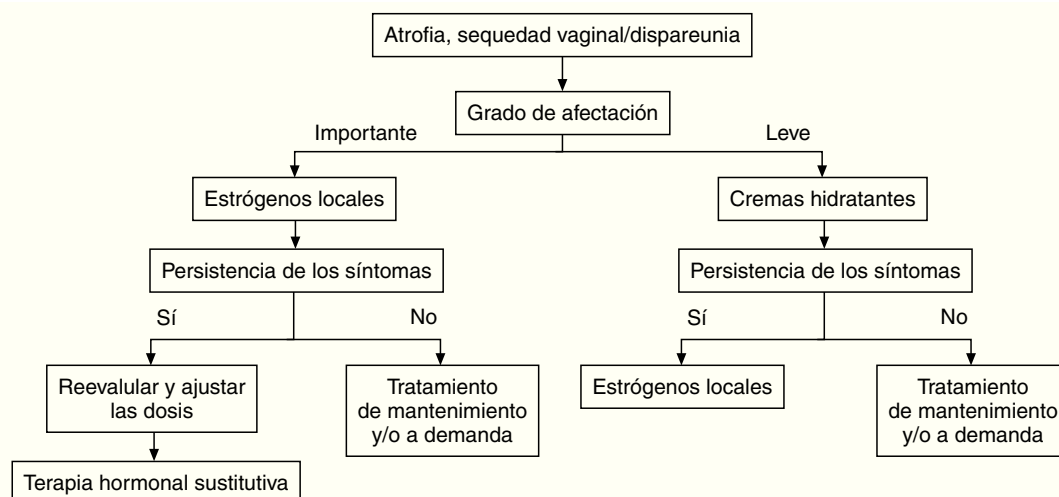


Figura 1. Esquema de tratamiento de la dispareunia en las disfunciones sexuales femeninas debidas a la atrofia y/o sequedad vaginal.

ginal. En el caso de atrofia y/o sequedad vaginal, con o sin dispareunia, se debe evaluar el grado de afectación. En el caso de ser importante, hay que aplicar tratamiento con estrógenos locales en forma de óvulos o cremas, a la dosis de choque diario durante 2-4 semanas, y después a una dosis de mantenimiento de 2-3 veces semana. Hacer una reevaluación a los 6 meses. En caso de persistencia de los síntomas, ajustar la frecuencia de aplicación. Si aún persistieran los síntomas vasomotores o riesgo de fractura, habría que valorar THS.

En los casos de atrofia leve se puede iniciar un tratamiento basado en cremas hidratantes a 1 dosis diaria. Si persisten los síntomas, se debe valorar cambiar a estrógenos locales. En caso de que la paciente no desee dicho cambio, se puede aumentar las dosis o la demanda de las cremas hidratantes (fig. 1).

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y MENOPAUSIA: RECOMENDACIONES EN GINECOLOGÍA

La primera, y mejor recomendación, es una estrategia de prevención. Y esta prevención resulta imposible si se desconocen las causas; por ello, la prevención debe estar basada en una evaluación e información rigurosas. Para éstas, se cuenta con eficaces y básicas herramientas: *a)* historia clínica general que evalúe posibles enfermedades o tratamientos que puedan inhibir los mecanismos de la función sexual; *b)* historia y examen ginecológicas que, inicialmente, deben incluir inicialmente la estro y androgenemia que son importantes para el inicio y la evaluación de los tratamientos, y *c)* historia sexual, aunque sea pequeña, porque es muy importante recoger los cambios en los hábitos, en el deseo, en el orgasmo, y las modificaciones de la actividad sexual tras la menopausia. Si tiene

más de una pareja, si hay anomalías de convivencia y, sobre todo, cuál es la actitud de la paciente ante la sintomatología.

Entre las medidas preventivas, es imprescindible y necesario dar una adecuada información acerca de los cambios que se van a producir en la fisiología de la sexualidad a través de la menopausia, para que, entre otros objetivos, la mujer pueda tomar una actitud más participativa.

Los tratamientos son tanto más eficaces cuanto más precoces se inician. En este sentido, hay que evitar que las lesiones atróficas se cronifiquen, porque a más cronicidad más difícilmente reversion.

Aunque hay debate ante la panorámica del tratamiento farmacológico, no se puede obviar la THS y similares, sobre todo de cara a las expectativas de futuro en este campo.

Por último, y en relación con las intervenciones quirúrgicas, hay que poner toda la atención y cuidado en las que pueden reducir el tamaño vaginal y del introito. Sobre todo evitar, en la medida de lo posible, la realización de plastias vaginales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. En estos casos, se puede ayudar a un número significativo de pacientes con pequeñas intervenciones incluso realizadas con anestesia local, a lo cual, lamentablemente, somos bastantes remisos. Sin embargo, y por otro lado, hay que corregir las incontinencias de orina que se producen durante el acto sexual, porque las pacientes evitan las relaciones por pudor e higiene.

CONCLUSIONES

El grado de sufrimiento y frustración que se deriva de las DSF produce una serie de desajustes psíquicos

que hace sentir a la mujer incompleta e incapaz, con problemas conyugales, familiares, laborales y sociales. A pesar de ser una afectación que no origina perturbaciones vitales, la calidad de vida disminuye tanto o más que en otras afecciones que sí originan dichas perturbaciones vitales, como la hipertensión, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, las cardiopatías, etc. Por otro lado, las DSF se ven relacionadas positivamente con la menopausia. Hay procedimientos diagnósticos de relativamente fácil ejecución, igual que se dispone de recursos terapéuticos desde la información hasta la THS, que adecuadamente manejados dan resultados alentadores. Por todo ello, hay que poner de nuestra parte una mayor y mejor predisposición a esta entidad clínica de las DSF en la menopausia.

Bibliografía

1. Sarrell PM. Sexualidad en menopausia. Barcelona: Ciba-Geigy, Ancora; 1990. p. 73-84.
2. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D. Report of the Internacional Consensus Development Conference of Female Sexual Dysfunction: definitions and classification. *J Urol*. 2000;163:888-93.
3. Sarrell PM. Ovarian hormones and vaginal blood flow using laser doppler velocimetry to measure effects in a clinical trial of postmenopausal women. *Int J Imp Res*. 1998;10:590-3.
4. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SL. Prevalence of female sexual dysfunction. Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynaecological clinic. *J Sex Marital Ther*. 1993;19:171-88.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Factors predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
6. Masters W, Johnson VE. Human sexuality inadequacy. Boston, Mass.: Little, Brown & Co.; 1970.
7. Goldstein I, Berman J. Vascuogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and erectile insufficiency syndrome. *Int J Imp Res*. 1998;10 Suppl 2:585-90.
8. Speroff L, Glass R, Kase N, editors. *Clinical Endocrinology and Infertility*. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, Lippincott; 1999.
9. Altman A. Androgen deficiency syndrome and female sexual dysfunction: epidemiology overview. Desire, arousal and testosterone. Boston, Mass.: Proceedings of the Female Sexual Forum Meeting; 2000. p. 1990-5.
10. Conference Report. Third Annual Female Sexual Function Forum: New perspectives in the Management of Female Sexual Dysfunction. Boston, Mass.; 2000.
11. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*. 1997;26:83-96.
12. Freedman MA. Sexuality and the menopausal woman. *Contemp Obstet Gynecol*. 2000;45 Suppl 3:4-17.
13. Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Catro G, Sánchez F, Gramigna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en el climaterio. Influencia de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Chil*. 2002;130:18-38.
14. López Olmos J. Sexualidad tras la menopausia: influencia del tratamiento hormonal sustitutivo en las disfunciones de la mujer. *Clin Inv Gin Obst*. 2003;30:212-21.