

Manejo clínico del trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo

Sheryl Kingsberg, PhD, IF; Stephanie Faubion, MD, FACP, NCMP, IF

Aunque el proveedor de atención médica de una mujer tiene la mejor oportunidad de abordar el trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD, por sus siglas en inglés), la mayoría de las mujeres se muestran renuentes a hablar sobre su pérdida de deseo. El sentimiento es a menudo mutuo, porque la educación limitada y el malentendido persisten, dejando a pocos proveedores sintiéndose competentes para evaluar y tratar esta condición. El propósito de esta actual Menopausia al Día es mejorar la comprensión del médico y confianza en la discusión del HSDD, incluidos los síntomas, etiología, diagnóstico y tratamiento.

A propósito de un caso. En su examen ginecológico anual, una mujer de 57 años revela a regañadientes preocupación por la pérdida del deseo sexual. Ella experimentó menopausia espontánea a los 52 años y tiene un matrimonio feliz con un hombre durante 25 años. Solía iniciar relaciones sexuales regularmente y era sensible a los avances de su marido. Sin embargo, en los últimos 10 años, su deseo ha disminuido marcadamente hasta ahora donde informa que casi no tiene ningún deseo en absoluto. No hay una explicación médica clara, situacional, o psicológica, por su falta de deseo. Todavía se dedica a «sexo deber» dos o tres veces al mes por un sentimiento de simpatía por las necesidades de su marido, pero lo evita cuando puede. Está angustiada por la pérdida de su deseo sexual y quiere volver a tener relaciones sexuales gratificantes.

Trastorno del deseo sexual hipoactivo

El trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD) a menudo tiene un efecto negativo sobre la salud emocional y la calidad de vida de una mujer^{1,2}. Ha sido una condición por más de tres décadas que se define como una deficiencia persistente o recurrente (o ausencia) de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual que

causa angustia y no puede ser atribuido a una condición médica o psiquiátrica, o al uso de una sustancia o medicamento o como un consecuencia de una relación conflictiva.³

Prevalencia y etiología

Las estimaciones de prevalencia indican que en el 7.4% al 12.3% de las mujeres se encuentran los criterios para HSDD (bajo deseo sexual con angustia), con la mayor prevalencia en mujeres en mediana edad (45 a 64 años) y aún en años posteriores.⁴

La etiología de la disfunción sexual femenina es a menudo multifactorial, y la evaluación y el tratamiento de HSDD debe tomar datos biológicos (estado hormonal, condiciones médicas, medicamentos), psicológico (depresión, ansiedad, estrés, abuso de sustancias, historial de abuso sexual, o trauma), interpersonal (calidad de la relación, función sexual de la pareja) y cultural (normas sexuales, valores religiosos), son factores a tener en cuenta.⁵ El historial de la mujer debe evaluarse utilizando un enfoque biopsicosocial para posibles contribuyentes al bajo deseo sexual.

Aunque el proveedor de atención médica de una mujer tiene la mejor oportunidad detectar el trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD), la mayoría de las mujeres se muestran renuentes a hablar sobre su pérdida de deseo. El sentimiento es a menudo mutuo, porque la educación limitada y el malentendido persisten, dejando a pocos proveedores sintiéndose competentes para evaluar y tratar esta condición.

Aunque varios factores pueden contribuir al desarrollo del HSDD, las mujeres con este trastorno tienen diferentes patrones de activación cerebral. El deseo sexual bajo resulta de excitación hipofuncional, inhibición hiperfuncional o una combinación de los dos. Se cree que el deseo sexual está regulado por neuromoduladores

(neurotransmisores y hormonas) de ambas vías excitatorias (dopamina, norepinefrina, melancortinas, oxitocina) y vías inhibitorias (serotonina, opioides, endocannabinoides)⁶⁻⁷.

Evaluación

Diagnosticar el deseo sexual bajo con angustia asociada es un desafío porque las mujeres a menudo no discuten estos temas con sus proveedores de atención médica (PAMs). Una mujer PAM puede iniciar la discusión general y la evaluación de las preocupaciones de salud sexual y HSDD explicando que la salud sexual es un aspecto importante de la salud general y que la evaluación de la función sexual es una parte rutinaria de la buena atención médica. Se puede realizar una evaluación inicial rápidamente durante una visita al consultorio con algunas preguntas breves: “Muchos de mis pacientes tienen preocupaciones en la mediana edad. ¿Qué preocupaciones tiene o cómo se siente con respecto a su nivel actual de deseo y su capacidad de excitarse o de llegar al orgasmo?”. Para facilitar una discusión abierta, ofrezca los materiales amigables para el paciente en las salas de espera y examen, que incluyen preguntas sobre temas de salud en los formularios de admisión, y capacitar al personal para que se sienta cómodo con los temas sexuales.

Además, considere usar un cuestionario de detección para identificar un diagnóstico de HSDD. El filtro de deseo sexual disminuido (DSDS) consta de cinco preguntas y está disponible en línea⁸. Aunque la detección de HSDD se realiza fácilmente como parte de una visita al consultorio, si se presentan problemas identificados, se puede alentar una visita de seguimiento para abordar las inquietudes sexuales y brindar asesoramiento o gestión de medicamentos de forma oficial.

La superposición de trastornos sexuales femeninos es común: la HSDD involucra la excitación sexual que afecta el orgasmo o puede provocar dolor sexual (por ejemplo, intentar la penetración sin una lubricación adecuada), porque ella no está interesada o excitada). Asimismo, mediante la reducción de la sequedad / dolor asociados, el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) puede

aumentar el deseo. Una completa evaluación/historia puede ayudar a delinear el problema primario; establecer el diagnóstico y ayudar a desarrollar un enfoque para individualizar el tratamiento.

Evaluación adicional

Aunque no se requiere un examen físico para hacer el diagnóstico de HSDD, puede ser útil en mujeres posmenopáusicas para descartar otros factores que podrían explicar mejor su pérdida de interés sexual. Por ejemplo, las mujeres con dispareunia debido a SGM pueden reportar menos deseo sexual como un subproducto del sexo doloroso. La mediana es un momento en que miles de las afecciones médicas crónicas se manifiestan inicialmente. Al examen físico y, en algunos casos, pruebas de laboratorio, como los niveles de tiroides y prolactina puede ayudar a descartar otras condiciones comórbidas. Niveles de testosterona y globulina fijadora de hormonas sexuales no se requieren para el diagnóstico de HSDD, pero se recomiendan si un médico está considerando la terapia de testosterona fuera de prescripción regular, como una línea de base para monitorear la terapia.

Si los problemas psicológicos o interpersonales/de relación parecen ser una fuente del bajo deseo, es referencia para consejería para la pareja o evaluación/tratamiento por un psicoterapeuta experimentado en parejas que se justifica la terapia y/o la terapia sexual.⁹

Tratamiento

El tratamiento para la HSDD puede incluir psicoterapia, farmacoterapia o combinación de ambas. Flibanserin, la única opción farmacológica aprobada por la FDA, es un tratamiento oral no hormonal, 100 mg una vez al día, a la hora de acostarse, indicado para la adquisición generalizada.

HSDD en mujeres premenopáusicas

Flibanserina es un agonista de serotonina multifuncional y antagonista con un supuesto mecanismo de acción que involucra niveles reducidos de serotonina y aumento de los ni-

veles de dopamina y norepinefrina en regiones seleccionadas del cerebro. Aunque los ensayos clínicos han demostrado que la flibanserina mejora gradualmente el deseo sexual en mujeres posmenopáusicas, no está aprobado por la FDA para su uso en esta población. Los prescriptores y farmacéuticos están obligados a certificar a través de un programa de mitigación y evaluación de peligros debido al riesgo de hipotensión o síncope cuando se combina con alcohol.¹⁰

La testosterona es otro tratamiento no etiquetado para prescripción del deseo sexual bajo en mujeres. Actualmente no hay productos de testosterona aprobados por la FDA para mujeres. Una serie de estudios han mostrado que la testosterona transdérmica es eficaz en el tratamiento de la HSDD en mujeres posmenopáusicas. El uso de productos de testosterona fuera de etiqueta en mujeres requiere un monitoreo cuidadoso de efectos adversos androgénicos debido a la dosificación inconsistente de la titulación de productos masculinos o compuestos.

Productos de testosterona

Otras opciones farmacológicas que pueden estar en el horizonte incluyen Bremelanotida, un agonista del receptor de melanocortina-4, es un fármaco en investigación que ha demostrado ser aceptable en seguridad y eficacia en el tratamiento de la HSDD en mujeres premenopáusicas.

Un ejemplo de ello

Después del diagnóstico de HSDD, el prestador de salud analiza las posibles opciones de tratamiento para el paciente. Se recomienda la psicoterapia para ayudar a resolver problemas interpersonales, aunque no es probable que sea la causa del HSDD en este caso particular, y más bien puede ser resultado de HSDD y sirve para mantener bajos niveles de deseo. Porque no hay opciones farmacológicas aprobadas por la FDA para las mujeres posmenopáusicas, el clínico y la paciente, en colaboración con la pareja del paciente, en conjunto, debe determinar un curso de acción adecuado, incluida la consideración de los tratamientos sin etiqueta, como la testosterona transdérmica o la flibanserina.

Resumen

Aunque el HSDD tiene etiologías biopsicosociales, los profesionales de la salud pueden detectar con precisión, diagnosticar, y tratar esta condición. Los proveedores de servicios de salud para mujeres de mediana edad están posicionados para identificar y aconsejar a los pacientes con HSDD. Las opciones de tratamiento son la psicoterapia, farmacoterapia, o una combinación. El tratamiento de SGM sintomático, si está presente, puede ser útil para abordar el bajo deseo sexual relacionado con la dispareunia. No hay farmacología aprobada por la FDA. Como opciones para mujeres posmenopáusicas los tratamientos no convencionales incluyen flibanserina y testosterona.

Referencias

1. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health* 2009; 12:763-772.
2. Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *J Womens Health (Larchmt)* 2014; 23:817-823.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112:970-978.
5. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol* 2015; 125:477-486.
6. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009; 6:1506-1533.
7. Stahl SM. Circuits of sexual desire in hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:518-519.
8. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med* 2009; 6:730-738.

9. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause* 2013; 20:1284-1300.
10. Addyi [package insert]. Bridgewater, NJ: Sprout; 2016.

Sheryl Kingsberg, PhD, IF, 1 and Stephanie Faubion, MD, FACP, NCMP, IF2 (1University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio; 2 Mayo Clinic, Rochester, Minnesota).

Conflicto de intereses

Dr. Kingsberg reporta: Consultor/Asesor: Acerus, Amag, Duchesney, Emotional Brain, Endoceutics, Materna, Palatin, Pfizer, Sermonix, Strategic Scientific Solutions, Symbiomix, TherapeuticsMD, Valeant; Speakers' Bureau: Amag, Endoceutics, Valeant. Stock/Ownership: Viveve.

Dr. Faubion reports: Consultor/Asesor: Mithra, Procter & Gamble. T