Manejo clínico del trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo

Aunque el proveedor de atención médica de una mujer tiene la mejor oportunidad de abordar el trastorno del deseo sexual (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 práctica de Pearl es mejorar la comprensión del médico y la confianza en la discusión de HSDD, incluidos los síntomas, la etiología, la carga, el diagnóstico y el tratamiento.

Un ejemplo de ello: en su examen ginecológico anual, una mujer de 57 años revela a regañadientes la preocupación por la pérdida del deseo sexual. Ella experimentó menopausia espontánea a los 52 años y ha tenido un matrimonio feliz con un hombre durante 25 años. Ella 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, cuando ella informa que casi no tiene ningún deseo en absoluto. No hay una explicación médica clara, situacional, o psicológica, para su falta de deseo. Ella todavía se dedica al «sexo deber» dos o tres veces al mes, por un sentimiento de simpatía por las necesidades de su marido, pero lo evita cuando ella puede. En esta forma, ella 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) tiene a menudo un efecto negativo sobre la salud emocional y la calidad de vida de una mujer[1,2]. Ha sido una condición por más de 3 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 atribuida a una condición médica o psiquiátrica o al uso de una sustancia o medicamento o a una 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 (45-64 años) y mayores.[4]

La etiología de la disfunción sexual femenina es a menudo multifactorial, y la evaluación y el tratamiento de HSDD debe tomar datos biológicos (por ejemplo, estado hormonal, condiciones médicas, medicamentos), psicológico (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés, abuso de sustancias, historial de abuso sexual, o trauma), interpersonal (por ejemplo, calidad de la relación, función sexual de la pareja) y cultural (por ejemplo, normas sexuales, valores religiosos) los cuales 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 de detectar el trastorno del deseo sexual, 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 de HSDD, las mujeres con esta condición 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 esta regulados por neuromoduladores (neurotransmisores y hormonas) de ambas vías excitatorias (p. ej., dopamina, norepinefrina, melanocortinas, oxitocina) y vías

inhibitorias (p. ej., serotonina, opioides, endocannabinoides).[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 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 línea.[8] Aunque la detección de HSDD se realiza fácilmente como parte de una visita al consultorio, si se presentan problemas identificadas, 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 afecta 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 GSM pueden reportar menos deseo sexual como un subproducto del sexo doloroso.[9] La mediana es un momento en que muchas 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 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.

Tratamiento

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

HSDD en mujeres premenopáusicas

La 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 niveles 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 riesgos debido al riesgo de hipotensión o síncope cuando flibanserina se combina con alcohol.[10]

La testosterona es otro tratamiento no aprobado para el deseo sexual bajo en mujeres, y 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 o compuestos masculinos

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, por lo que 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, deben 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 GSM 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. 4
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, and Stephanie Faubion, MD, FACP, NCMP, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio; 2 Mayo Clinic, Rochester, Minnesota)

Conflicto de intereses

Dr. Kingsberg reporta: Consultant / Advisory Board: 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 reporta: Consultant / Advisory Board: Mithra, Procter & Gamble.