

## Disfunción sexual femenina

Fecha de la última revisión: 21/03/2014

### Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo diagnosticarla?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

### ¿De qué hablamos?

La fisiología de la sexualidad femenina es poco conocida, en ella intervienen numerosos factores y con gran variabilidad entre las mujeres, existiendo grandes lagunas en la comprensión de las vías neuroquímicas del deseo sexual en la mujer, y las opciones de tratamiento farmacológico siguen siendo muy limitadas.

El 43,1% de las mujeres refieren algún problema sexual y en un 12% lo viven con angustia (Shifren JL, 2008), sin embargo, para hablar de disfunción sexual femenina (DSF) el problema debe ser persistente (más de 6 meses y más del 75% de las ocasiones) y causar malestar importante o dificultades en la relación interpersonal. La DSF afecta a mujeres de todas las edades y su prevalencia aumenta con la edad (Frank JE, 2008; American Psychiatric Association, 2013).

Aunque se suele dividir el ciclo de respuesta sexual en 4 fases (deseo, excitación, orgasmo y relajación), no siempre es fácil diferenciarlas. En ocasiones no se presentan todas o se solapan. La mayoría de las mujeres refieren el problema como una disminución general de la satisfacción sexual.

La DSF se presenta de diferentes formas y se suele clasificar en (American Psychiatric Association, 2013; Lightner DJ, 2002; Basson R, 2004):

- **Trastorno de deseo o excitación sexual:** caracterizado por ausencia o disminución del interés o deseo sexual, ausencia de pensamientos o fantasías sexuales e incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener la excitación sexual durante la actividad sexual. Puede haber escasa lubricación, disminución de la sensación genital y escasa relajación. Este trastorno puede asociarse a problemas emocionales o psicológicos y puede estar relacionado con fármacos o deberse a alteraciones pélvicas, enfermedades neurológicas o vasculares o problemas endocrinos.
- **Trastornos del orgasmo:** hay una ausencia, retraso o marcada disminución de la intensidad del orgasmo a pesar de que existe deseo y la excitación sexual es normal. Cuando es primario suele relacionarse con trauma o abuso o ser de origen genético, cuando es secundario suele relacionarse con la toma de fármacos (ISRS) o alteraciones neurológicas postraumáticas o quirúrgicas.
- **Trastornos por dolor:** dispareunia (dolor persistente o recurrente antes, durante o después de las relaciones sexuales) y vaginismo (dificultad para la penetración a pesar de existencia de deseo), con frecuencia estos trastornos se suelen acompañar de disminución en el deseo sexual.

El problema más frecuente es la ausencia o disminución del interés o deseo sexual, que afecta a un 16.8% de mujeres de 18-75 años vistas en atención primaria (Nazareth I, 2003). La proporción de mujeres con bajo deseo aumenta con la edad mientras que la proporción de mujeres preocupadas por este problema disminuye (Hayes RD, 2007).

Sin embargo, algunos autores consideran la DSF una falsa enfermedad creada por la industria farmacéutica y otras entidades interesadas en la medicalización que se apoyan en la ausencia de criterios claros entre normalidad y patología (Tiefer L, 2006).

### ¿Cómo diagnosticarla?

No hay pruebas diagnósticas específicas, el diagnóstico es clínico, considerando: edad y experiencia de la mujer, persistencia y recurrencia del problema, situaciones en las que se produce, malestar que provoca y el efecto sobre otros aspectos de la vida de la persona.

Debe hacerse una historia clínica detallada. Puede utilizarse una entrevista con preguntas abiertas que posteriormente se irían concretando intentando encajar el problema en uno de los grupos citados. Debemos preguntar por interés sexual, excitación, orgasmo o problemas de dolor. También por la relación de pareja, hábitos, aspectos sociales y laborales. Los cuestionarios estructurados habitualmente no se usan en las consultas de atención primaria.

Es importante recoger datos sobre cualquier factor de riesgo o medicación que pueda asociarse a DSF. Los fármacos que con mayor frecuencia se asocian a DSF son los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Sus efectos pueden manifestarse tanto en la disfunción orgásmica como en la disminución del deseo sexual o en la disminución de la excitación (ACOG, 2011).

| Enfermedades                                                             | Medicamentos                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson) | Antihistamínicos, anticolinérgicos                                                         |
| Accidente cerebro-vascular                                               | Aminas simpaticomiméticas                                                                  |
| Traumatismo medular                                                      | Anticonvulsivantes                                                                         |
| Enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide)                        | Metoclopramida                                                                             |
| Atrofia genital                                                          | Antagonistas adrenérgicos                                                                  |
| Cirugía genital                                                          | Antihipertensivos: diuréticos, espironolactona, antagonistas del calcio, beta-bloqueantes  |
| Endometriosis                                                            |                                                                                            |
| Endocrinopatías (diabetes, hiperprolactinemia)                           | Análogos de GRH                                                                            |
| Cardiopatía isquémica o arteriopatías periféricas                        | Ciclofosfamida                                                                             |
| Insuficiencia hepática                                                   | Hormonales: antiandrógenos, antiestrógenos, anticonceptivos orales, tamoxifeno, raloxifeno |

|                                      |                                                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Insuficiencia renal                  | Cimetidina                                          |
| Problemas emocionales o psicológicos | Psicofármacos: hipnóticos, sedantes, antidepresivos |
| Depresión                            |                                                     |
| Adicciones a alcohol u otras drogas  |                                                     |
| Historia de abuso físico o sexual    |                                                     |

No hay ninguna prueba que esté indicada de forma rutinaria. En algunos casos puede ser útil una analítica básica y la determinación de hormonas tiroideas, FSH, LH, testosterona y prolactina. Aunque el déficit de testosterona se asocia a DSF, ningún nivel de andrógenos es predictivo de baja función sexual femenina y la mayoría de las mujeres con bajos niveles de sulfato de dehidroepiandrosterona no tiene una DSF (Davis SR, 2005; Graziottin A, 2007). Es recomendable realizar una exploración ginecológica.

### ¿Cómo se trata?

Es importante conocer cómo vive el problema la persona, qué efecto tiene en su relación de pareja y cuáles son sus expectativas. Esto nos orientará sobre la gravedad del problema y las metas terapéuticas a buscar.

Puede resultar útil informar y aconsejar a la mujer y a su pareja acerca de la respuesta sexual fisiológica, de la importancia de una buena relación personal, de la comunicación, de la influencia de estilos de vida (tabaco, consumo de alcohol, ejercicio físico), de la gestión de tareas domésticas y aclarar dudas que pudieran tener.

#### Estrógenos

El tratamiento con estrógenos orales incrementa la secreción glandular el espesor y elasticidad de la vagina, revirtiendo parcialmente la atrofia y la sequedad. Solos o en combinación con progestágenos en mujeres menopáusicas durante los cinco años posteriores a la fecha de amenorrea se asoció con una pequeña a moderada mejoría de la función sexual, especialmente si ésta estaba relacionada con dispareunia (Nastri CO, 2013).

Los estudios con esteroides sintéticos como la **tibolona**, o los fármacos moduladores selectivos del receptor de estrógenos como el **raloxifeno**, solos o combinados, no han demostrado un efecto relevante sobre la función sexual (Nastri CO, 2013).

Los estrógenos locales mejoran la atrofia vaginal y pueden utilizarse con mayor eficacia que los orales en caso de síntomas vaginales molestos en las relaciones. Se absorben parcialmente y pueden tener efectos sistémicos (2-4% hiperplasia endometrial) (Suckling J, 2006; Medical Letter, 2007). Algunos autores los recomiendan de primera elección en pacientes con atrofia vulvovaginal y disfunción sexual (ACOG, 2011).

#### Andrógenos

Aunque como ya se ha dicho no está muy clara la relación entre testosterona sérica y función sexual en las mujeres (Davis SR, 2005; Graziottin A, 2007), se ha observado una discreta mejoraría de la función sexual a corto plazo en las mujeres tratadas con 300 microgramos/día de testosterona en parche, sola o combinada con tratamiento hormonal sustitutivo en la postmenopausia (Panay N, 2010; Davis SR, 2008). No existen evidencias que apoyen su uso a largo plazo (más allá de 6 meses) ni a dosis inferiores a 300 microgr (ACOG, 2011).

Los efectos adversos más importantes del uso de testosterona a esa dosis y a corto plazo son: hirsutismo, acné, virilización, alopecia, bajo nivel de HDL y toxicidad hepática y, combinada con estrógenos, aumento del riesgo de cáncer de mama. Su seguridad a largo plazo no es conocida. Se recomienda realizar seguimiento analítico de los niveles de lípidos y de la función hepática durante este tratamiento (ACOG, 2011; Medical Letter, 2007).

En España no existe ningún medicamento comercializado en forma de parche transdérmico que libere 300 microgramos de testosterona en 24 horas.

#### Bupropión

Existen algunos estudios que apuntan la utilidad y buena tolerancia del **bupropión** en mujeres con DSF en la premenopausia (Safarinejad MR, 2010; Segraves RT, 2004). En las mujeres con disfunción sexual inducida por antidepresivos la asociación de bupropión a dosis de 150 mg dos veces al día fue beneficiosa en comparación a placebo. Dosis menores no han sido tan efectivas (Taylor MJ, 2013). Se necesitan más estudios sobre la utilidad del bupropion en la DSF.

En los **trastornos del orgasmo** primario, la psicoterapia y la terapia de pareja suele tener buen resultado. En el trastorno secundario el problema subyacente suele ser similar a los trastornos de deseo o excitación y requieren el mismo manejo. El **sildenafil** se cree que aumenta el flujo de sangre en el área genital pero no parece tener beneficio significativo en la DSF, excepto en mujeres con daño del sistema nervioso autónomo como en la esclerosis múltiple (ACOG, 2011; Medical Letter, 2007).

Hay algunos ensayos controlados sobre la efectividad de terapias de desensibilización en el vaginismo con resultados beneficiosos, aunque se necesitan más ensayos y comparar las terapias entre sí (Melnik T, 2012).

En los trastornos por dolor la combinación de diferentes técnicas de psicoterapia ha demostrado más eficacia que por separado. Si se acompaña de dispareunia, los lubricantes sin estrógenos pueden aliviarla y en algunos casos, si persiste la disfunción se valorará la derivación una unidad específica de patología del suelo pélvico (ACOG, 2011).

#### Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 119: Female sexual dysfunction. Obstet Gynecol. 2011;117(4):996-1007. PubMed **PMID: 21422879**
- Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med. 2004;1(1):24-34. PubMed **PMID: 16422980**
- Davis S, Papalia MA, Norman RJ, O'Neill S, Redelman M, Williamson M, et al. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial. Ann Intern Med. 2008;148(8):569-77. PubMed **PMID: 18413618**
- Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. JAMA. 2005;294(1):91-6. PubMed **PMID: 15998895. Texto completo**
- Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M, et al.; APHRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. N Engl J Med. 2008;359(19):2005-17. PubMed **PMID: 18987368. Texto completo**
- Drugs for female sexual dysfunction. Med Lett Drugs Ther. 2007;49(1259):33-5. PubMed **PMID: 17450112**
- El-Hage G, Eden JA, Manga RZ. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of the effect of testosterone cream on the sexual motivation of menopausal hysterectomized women with hypoactive sexual desire disorder. Climacteric. 2007;10(4):335-43. PubMed **PMID: 17653960**

- Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. Am Fam Physician. 2008;77(5):635-42. PubMed [PMID: 18350761](#). [Texto completo](#)
- Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems--HSDD in Europe. J Sex Med. 2007;4 Suppl 3:211-9. PubMed [PMID: 17394593](#)
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. Fertil Steril. 2007;87(1):107-12. PubMed [PMID: 17081522](#)
- Kingsberg S, Shifren J, Wekselman K, Rodenberg C, Koochaki P, Derogatis L. Evaluation of the clinical relevance of benefits associated with transdermal testosterone treatment in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med. 2007;4(4 Pt 1):1001-8. PubMed [PMID: 17627745](#)
- Lightner DJ. Female sexual dysfunction. Mayo Clin Proc. 2002;77(7):698-702. PubMed [PMID: 12108607](#). [Texto completo](#)
- Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD001760. PubMed [PMID: 23235583](#)
- Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6:CD009672. PubMed [PMID: 23737033](#). [Texto completo](#)
- Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, Davis SR, Eden J, Lodhi I, et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. Climacteric. 2010;13(2):121-31. PubMed [PMID: 20166859](#)
- Safarinejad MR, Hosseini SY, Asgari MA, Dadkhah F, Taghva A. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of bupropion for treating hypoactive sexual desire disorder in ovulating women. BJU Int. 2010;106(6):832-9. PubMed [PMID: 20151970](#)
- Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. J Clin Psychopharmacol. 2004;24(3):339-42. PubMed [PMID: 15118489](#)
- Sexual and gender identity disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 493-538.
- Shifren JL, Davis SR, Moreau M, Waldbaum A, Bouchard C, DeRogatis L, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. Menopause. 2006;13(5):770-9. PubMed [PMID: 16932240](#)
- 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(5):970-8. PubMed [PMID: 18978095](#)
- Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterona para las mujeres peri y postmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD004509. [Texto completo](#)
- Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Estrógenos locales para la atrofia vaginal en mujeres postmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001500. [Texto completo](#)
- Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5:CD003382. PubMed [PMID: 23728643](#). [Texto completo](#)
- Tiefer L. Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. PLoS Med. 2006;3(4):e178. PubMed [PMID: 16597176](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 119: Female sexual dysfunction. Obstet Gynecol. 2011;117(4):996-1007. PubMed [PMID: 21422879](#)
- Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. Am Fam Physician. 2008;77(5):635-42. PubMed [PMID: 18350761](#). [Texto completo](#)
- Hobbs K, Handler L. Clinical Inquiry: which treatments help women with reduced libido? J Fam Pract. 2013 Feb;62(2):102-3. PubMed [PMID: 23405381](#)

Autores

- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de Cambre-Carral. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.  
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

