

PARTE II:

Disfunción Sexual

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

9



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Describir los cambios fisiológicos normales asociados al envejecimiento y distinguirlos de estados patológicos.
2. Reconocer la diferencia entre disminución del deseo sexual y disminución de la actividad sexual.
3. Reconocer las causas más frecuentes de disfunción sexual y su tratamiento inicial.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La sexualidad es importante para el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y, como tal, debe de ser entendida y tratada por los profesionales de salud.

Los problemas sexuales se definen como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.

Las dificultades sexuales en las personas mayores pueden haber comenzado en una etapa temprana en la vida sexual, pueden haberse desarrollado de forma gradual a través del tiempo o pueden aparecer de repente, presentándose como una incapacidad total o parcial para participar en una o más etapas del acto sexual. La causa de las dificultades sexuales puede ser física, psicológica o ambas.

Los factores emocionales que afectan la función sexual incluyen, tanto los problemas interpersonales, como los problemas psicológicos propios del individuo (ej: depresión).

Entre los factores físicos están: las drogas (alcohol, nicotina, narcóticos, estimulantes, algunos antihipertensivos, antihistamínicos y algunos medicamentos psicoterapéuticos) y los procesos patológicos (lesión de columna vertebral, hiperplasia prostática, tumores, insuficiencia vascular, neuropatía diabética, insuficiencia de órganos críticos como el corazón y/o los pulmones y trastornos endocrinos como las alteraciones tiroideas u hormonales).

Los trastornos de disfunción sexual se clasifican, por lo general, en *cuatro categorías*: trastornos del *deseo* sexual, trastornos de la *excitación* sexual, trastorno del *orgasmo* y trastornos de *dolor* sexual.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DISFUNCION SEXUAL

Casi todas las personas mayores desean y pueden gozar de una vida sexual activa y satisfactoria. *La actividad sexual habitual ayuda a conservar la capacidad sexual.* Sin embargo, con el transcurso del tiempo, las personas se dan cuenta de que sus *reacciones se vuelven más lentas.* Esto forma parte del proceso normal del envejecimiento. Cuando los cambios ocurren gradualmente, los síntomas comúnmente están asociados a las causas orgánicas de disfunción sexual asociadas al envejecimiento. Sin embargo, los cambios fisiológicos no deben ser confundidos con disfunción sexual.

CUADRO 9.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS CON LA EDAD

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none">• Disminución en la velocidad y el grado de lubricación vaginal• Disminución del número de contracciones orgásmicas	<ul style="list-style-type: none">• Disminución en la velocidad de excitación• Disminución en la velocidad y la magnitud de las erecciones.• Disminución en la respuesta a estímulos visuales y táctiles• Disminución en la frecuencia, la duración y la intensidad del orgasmo.• Aumento del período refractario (algunas horas y hasta un día se considera normal)

1.2 SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL:

- Hombres o mujeres
 - falta de *interés o deseo* sexual (pérdida de libido).
 - incapacidad para sentir *excitación*.
 - relación sexual con *dolor* (menos común en hombres que en mujeres).
- Hombres
 - incapacidad para lograr la *erección*.
 - incapacidad para mantener una erección adecuada y desarrollar el coito satisfactoriamente.
 - eyaculación tardía o ausente a pesar de una estimulación adecuada.
 - eyaculación precoz.
- Mujeres
 - incapacidad para relajar los músculos de la vagina lo suficiente como para permitir una penetración no dolorosa o incómoda (vaginismo).
 - lubricación vaginal inadecuada antes y durante la relación sexual.
 - anorgasmia.
 - dolor urente en la vulva o la vagina al contacto con esas zonas.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El diálogo en un ambiente confortable que proporcione una buena relación médico-paciente es importante para abordar los problemas de sexualidad. No siempre el paciente aborda el tema directamente, por lo tanto es importante que el médico indague en particular, si el adulto mayor tiene problemas en su vida sexual.

Los hallazgos físicos específicos y los procedimientos de los exámenes dependen de la forma de disfunción sexual que se esté investigando. *En cualquier caso, se debe obtener una historia médica completa y realizar un examen físico completo para identificar cualquier posible enfermedad o condiciones predisponentes. El examen físico debe incluir todos los sistemas y no debe limitarse al sistema reproductor.*

2.2.- DIAGNÓSTICO EN LA MUJER

¿SE TRATA DE DOLOR?

Los trastornos de dolor sexual afectan casi exclusivamente a las mujeres y son conocidos como **dispareunia** (relación sexual dolorosa) y **vaginismo** (espasmo involuntario de la musculatura de la vagina que interfiere con la penetración). La dispareunia puede ser causada por lubricación insuficiente.

Toda paciente con quejas de sequedad vaginal, dispareunia, vaginismo y/o contracciones dolorosas, debe ser sometida a una exploración ginecológica completa. Esto es muy importante para determinar si la queja de la paciente se puede relacionar con los cambios que ocurren en los órganos sexuales en el envejecimiento, o si es consecuencia de una infección, un tumor, un prolapso uterino, u otros factores. Con menos frecuencia, las disfunciones sexuales pueden ser consecuencia de problemas endocrinos.

¿ES LA QUEJA DE INICIO AGUDO O CRÓNICO?

Los *cuadros agudos* pueden ser relacionados con el uso de fármacos, como los antihipertensivos y antihistamínicos, que exacerban la sequedad vaginal secundaria a la menopausia. Asimismo, factores psicosociales, culturales y étnicos pueden jugar un papel importante, ya que éstos pueden tener profunda influencia sobre la vida sexual de muchas mujeres.

Los *cuadros crónicos* son frecuentemente debidos a cambios que ocurren con la menopausia (ej: vagina atrófica) o a problemas genitourinarios de origen infeccioso, tumoral o anatómico (ej: prolápsos). En mujeres que permanecen sexualmente activas, los cambios en elasticidad y lubricación de la vagina son menores.

Las mujeres adultas mayores deben ser informadas sobre los cambios que ocurren en sus cuerpos debido al proceso de envejecimiento, particularmente los relacionados con la disminución de la *elasticidad* y la *lubricación vaginal*, que pueden ser solucionados sin que esto perjudique su vida sexual.

¿SE TRATA DE UN CAMBIO EN EL DESEO O LA EXCITACIÓN SEXUAL?

El deterioro del deseo sexual (disminución de la libido) o de la excitación sexual puede tener una causa hormonal: una disminución en el nivel de estrógenos por debajo de lo normal.

La disminución del deseo y/o la excitación sexual puede ser atribuible, en muchos casos, a una combinación de factores psicológicos y condiciones clínicas. Los síntomas típicos de la menopausia (calores, sudores nocturnos, insomnio) pueden comprometer el deseo sexual, así como la molestia vaginal y el dolor por la incapacidad de conseguir una respuesta adecuada de lubricación y entumecimiento durante la relación.

Las características sociales, culturales, étnicas y religiosas, también pueden influenciar las expectativas y las actitudes de las mujeres en cuanto al desempeño sexual.

¿SE TRATA DE AUSENCIA PERSISTENTE DEL ORGASMO?

La anorgasmia o falta del orgasmo luego de una fase de excitación sexual normal puede ocurrir tanto en mujeres como en hombres. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) frecuentemente son los responsables.

2.3.- DIAGNÓSTICO EN EL HOMBRE

¿SE TRATA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

La disfunción eréctil es la incapacidad de lograr o mantener la erección el tiempo suficiente para desarrollar el coito satisfactoriamente. Aunque se solía creer que se debía a problemas psicológicos, en la actualidad se sabe que del 80 al 90 por ciento de los casos de impotencia son causados por problemas físicos, por lo general relacionados con el suministro de sangre al pene.

Entre los factores de riesgo directo de disfunción eréctil se pueden incluir los siguientes:

- Problemas de la próstata.
- Diabetes tipo 2.
- Hipogonadismo asociado con varias enfermedades endocrinológicas.

- Hipertensión arterial.
- Enfermedad vascular.
- Niveles altos de colesterol en la sangre.
- Niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad.
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Depresión.
- Consumo de alcohol.
- Insuficiencia renal.
- Fumar: acentúa los efectos de otros factores de riesgo, como la enfermedad vascular o la hipertensión arterial.

La edad es un factor de riesgo importante e indirecto, ya que está asociada con la probabilidad de aumento de los factores de riesgo directo como los ya mencionados. Se calcula que del 15 al 25 por ciento de los hombres llegan a los 60 años de edad con problemas de disfunción eréctil.

Se debe recordar que el período refractario puede durar hasta un día en el adulto mayor y que éste no es sinónimo de impotencia

¿SE TRATA DE DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL?

Como en la afección de las mujeres, existe poca o ninguna motivación para el sexo. El paciente no toma la iniciativa, pero se involucra cuando es estimulado. Esta condición puede ser atribuida a una combinación de factores psicológicos y condiciones clínicas, y ocurrir asociados a otra disfunción (ej: dificultad para llegar al orgasmo).

En los hombres adultos mayores, la disminución del deseo sexual puede estar asociada a disminución de los niveles de testosterona, fatiga o efectos secundarios de algún medicamento. Es bien conocido que los antidepresivos ISRS (entre los que están fluoxetina, sertralina y paroxetina) pueden reducir la libido en los hombres.

La depresión y la ansiedad pueden estar asociadas con el inicio del problema o ser consecuencia del mismo.

3. BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA -

3.1. INTERVENCIONES GENÉRICAS

En todos los casos se debe informar a los pacientes:

- De los cambios normales que ocurren con el envejeciendo y de la importancia de mantener una actitud positiva en relación al sexo en la vejez, entendiendo que

existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a demanda y respuesta sexual.

- Que para mantener su vida sexual activa y placentera en esta etapa de la vida, es importante adoptar un estilo de vida saludable, con la práctica regular de ejercicios físicos, buena alimentación y reducción o eliminación del alcohol y el tabaco.
- Que deben ser exploradas otras maneras de expresar y vivir la sexualidad, como abrazos, besos, caricias, masajes, estimulación manual, fantasías eróticas y masturbación.

3.2. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Las medidas de tratamiento dependen de la causa de la disfunción sexual.

MUJERES

Como primer abordaje, diagnosticar y tratar las enfermedades que pueden estar asociadas con las quejas de la paciente.

Las mujeres con resequedad vaginal pueden utilizar jaleas lubricantes hidrosolubles o cremas hormonales.

Los tratamientos de comportamiento consisten en muchas técnicas diferentes para tratar problemas asociados con el orgasmo y los trastornos de excitación sexual. Se debe sugerir la autoestimulación y otras estrategias de estimulación prolongada, y en los casos en que los problemas sexuales funcionales son de origen psicológico, la paciente debe ser referida a consulta con el nivel apropiado de atención de la salud mental.

HOMBRES

Actualmente, hay varias opciones terapéuticas disponibles para los hombres con ***disfunción eréctil***:

- Cambios en los hábitos y medicamentos.
Dejar de fumar puede ser un factor importante en la reducción o eliminación total del impacto de la impotencia. Cambiar a medicamentos más benignos, según lo considere el médico, también puede ayudar a mejorar la condición.
- Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5): Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil.
Este fué el primer tratamiento no quirúrgico aprobado para la disfunción eréctil que no tiene que inyectarse ni introducirse directamente en el pene para lograr y mantener la erección. Estos medicamentos no causan la erección del pene directamente, sino que ayudan en la respuesta a la excitación sexual. No se deben tomar si toma medicamentos que contienen nitratos, como la nitroglicerina; la toma de los dos medicamentos juntos puede producir hipotensión severa.
- Terapia de reemplazo hormonal.

La terapia de reemplazo de testosterona puede mejorar la energía, el estado de ánimo y la densidad de los huesos; aumentar el peso y la masa muscular e intensificar el interés sexual en hombres de edad avanzada que pueden tener niveles deficientes de testosterona. Los suplementos de testosterona no se recomiendan para los hombres que tengan niveles normales de testosterona para su edad, ya que existe el riesgo de agrandamiento de la próstata y otros efectos secundarios no deseables.

- Implantes, aparatos de succión, terapia de inyección y prótesis de pene.
- Consejería profesional.

3.3 INDICACIONES DE REFERENCIA A NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

- En todos los casos en que es necesaria una evaluación especializada por un urólogo o ginecólogo y/o se contempla la necesidad de una intervención quirúrgica.
- En los casos en que se contempla la necesidad de una terapia de reemplazo hormonal.
- En los casos en que la disfunción está asociada a un cuadro que necesita atención psicoterapeuta.

4. PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La disfunción eréctil NO es parte del envejecimiento normal.
- La causa más frecuente de disminución de actividad sexual en el hombre es la disfunción eréctil, y en la mujer es la falta de lubricación vaginal en la postmenopausia.
- El hombre y la mujer son diferentes con relación a su demanda y respuesta sexual.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en el internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/.

Phillips, N.A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. American Family Physician, pub. by The American Academy of Family Physicians. (www.aafp.org)

Rendell MS, Rajfer J, Wicker PA, et al. Sildenafil for treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 1999; 281(5): 421-426.

La página web de la Escuela de Medicina de la Universidad de Utah, contiene información en español presentada por el Departamento de Urología. www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/urology/impotenc.htm.