



asociación argentina
para el estudio
del climaterio

La Salud de la mujer después de los 40

Dr. Pablo O. Carpintero
Médico Especialista en
Ginecología y Obstetricia
Profesor Universitario
Sexólogo Clínico



La Salud Sexual de la mujer después de los 40

- **Introducción.**
- **Definición de Sexualidad**
- **Barreras y Estrategias para el abordaje.**
- **Neurobiología del Deseo Sexual Femenino**
- **Intervención terapéutica**
- **Consideraciones finales**

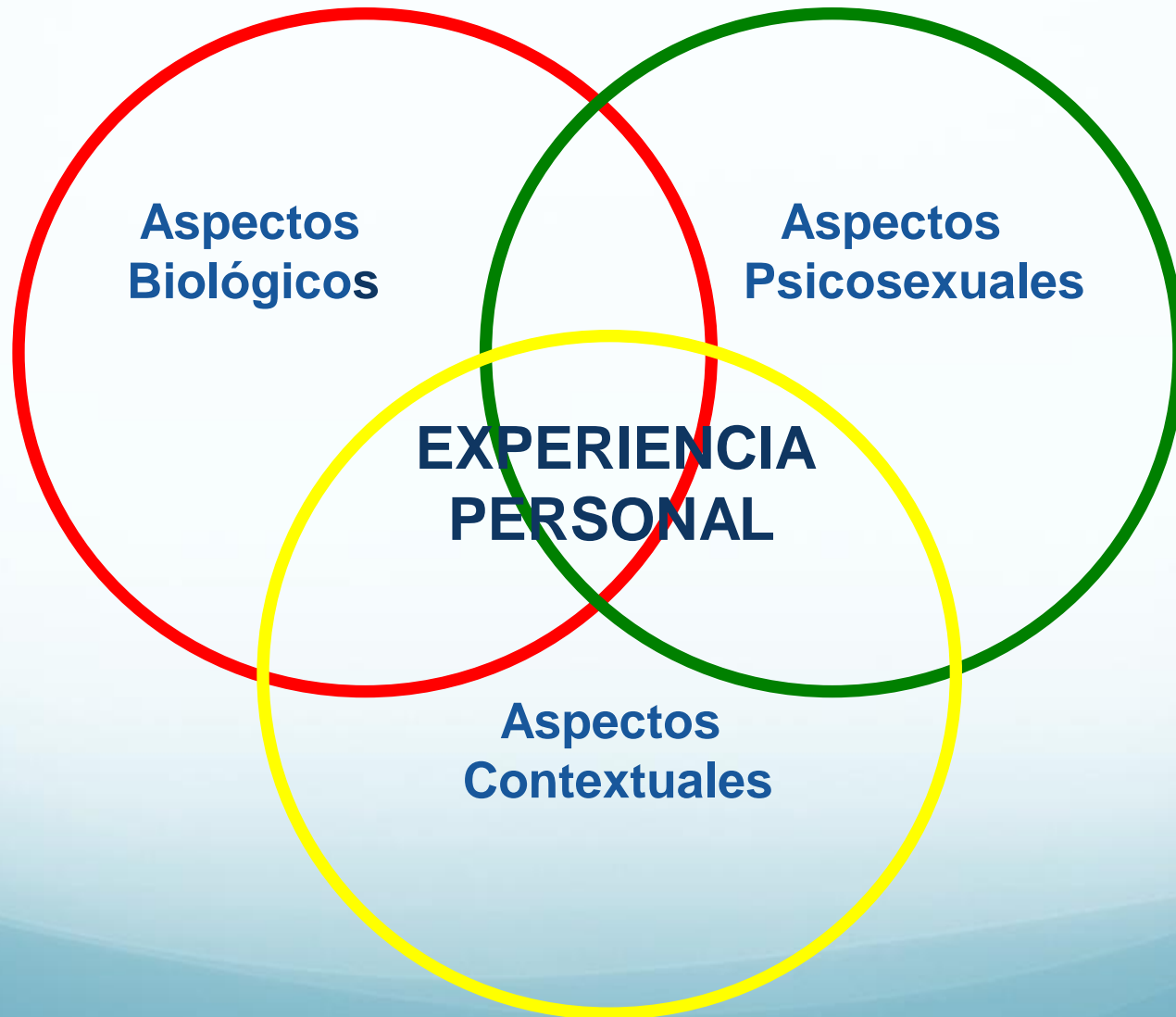
Salud Sexual

“Un estado de **bienestar físico, emocional, mental y social** relacionado con la sexualidad **y no solamente la ausencia de enfermedad,** disfunción o incapacidad.”

Para que la **salud sexual** se logre y se mantenga, los **derechos sexuales** de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”.

Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.

SEXUALIDAD

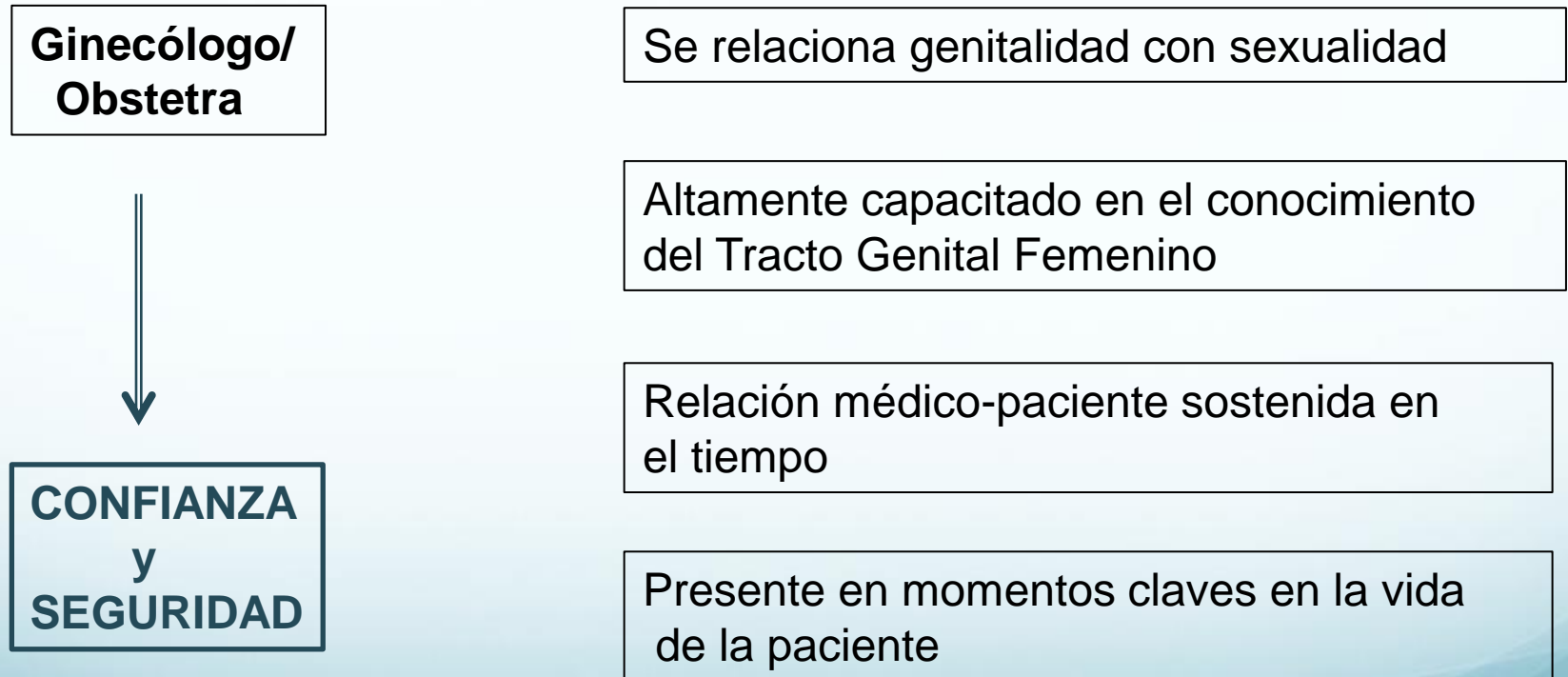


Organización Mundial de la Salud (OMS)

“ El mantenimiento de la **Salud Sexual individual**
recae sobre la
responsabilidad de los médicos”

Salud Sexual

- **Con qué especialista hablaría sobre sexualidad?**



Salud Sexual

- **Se encuentra el Ginecólogo- Obstetra entrenado para hablar sobre sexualidad?**

American Urogynecological Society

49% NO realiza screening para
Disfunción Sexual Femenina

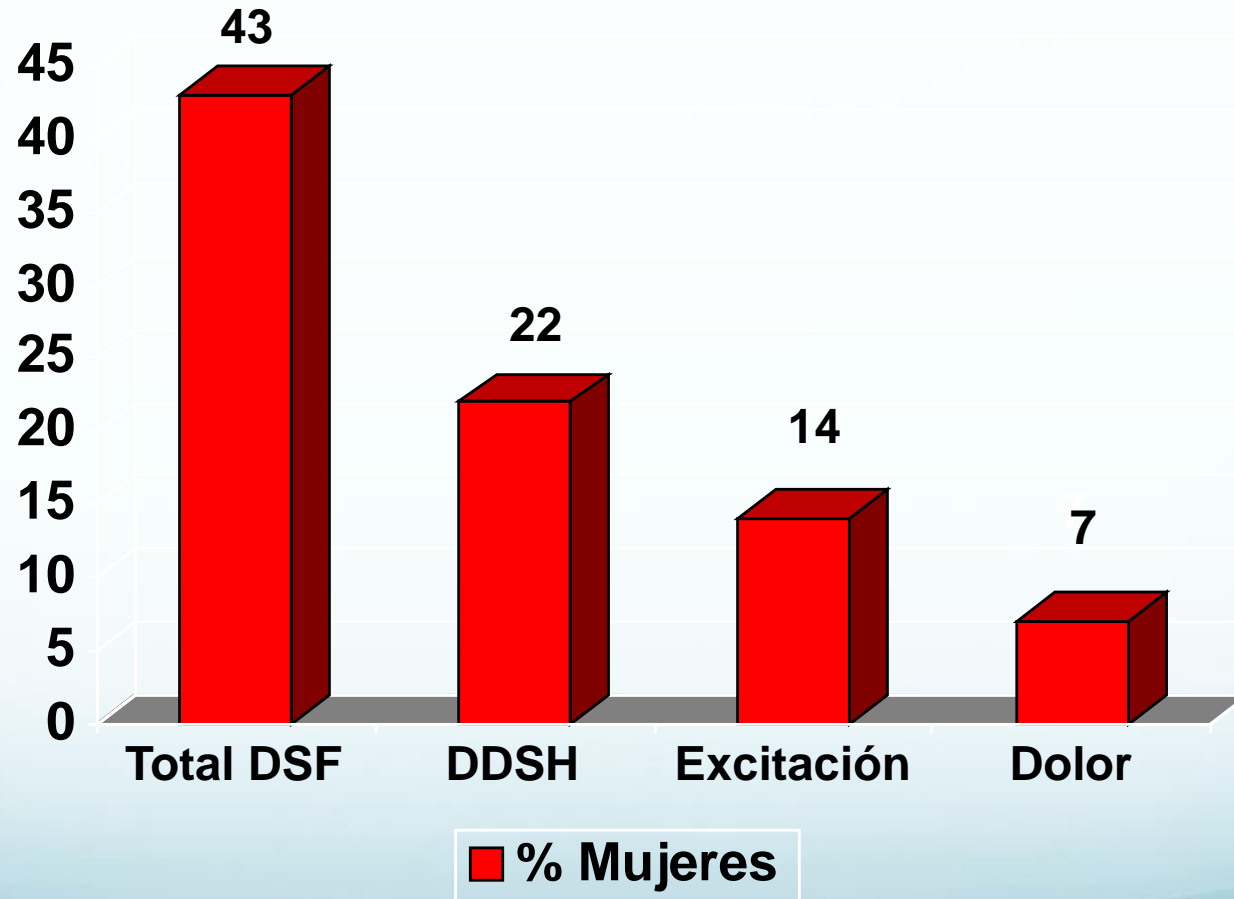
Pauls RN, Kleeman SD, Segal, JL et al. Practice patterns of physician members of the American Urogynecological Society regarding female sexual dysfunction: results of a national survey. Int Urogynecol J.2005;16:460-7

Barreras para el abordaje

- Educación Médica **insuficiente** o falta de entrenamiento.
- Falta de confianza o seguridad.
- Subestimación de prevalencia de disfunciones sexuales.
- Tiempo de consulta limitado.
- Falta de opciones de tratamiento médico.
- Presunción de incomodidad del paciente

Prevalencia de Desórdenes Sexuales Femeninos

Perspectiva Histórica



National Health and Social Life Survey 2000-2001

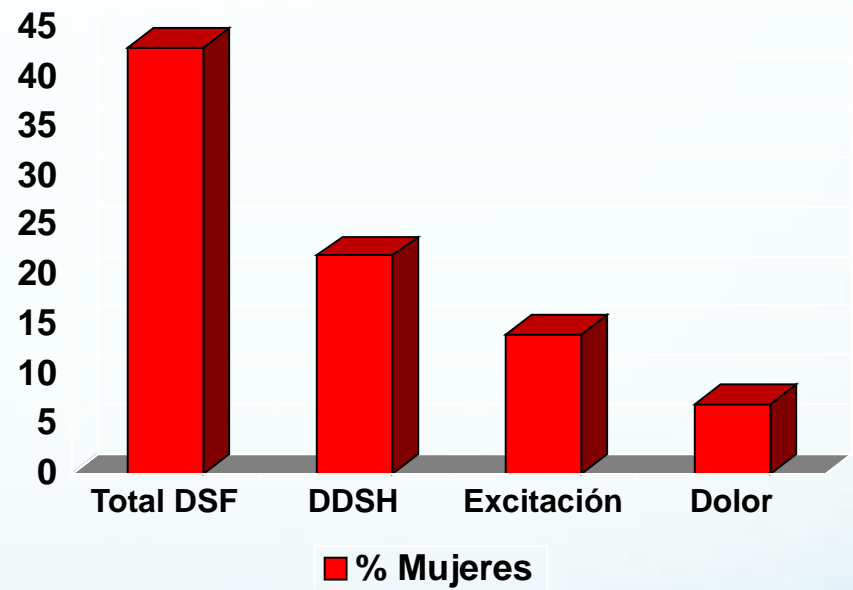
Prevalencia de Desórdenes Sexuales Femeninos Perspectiva Histórica

Objetivos: Prevalencia de
Disfunciones Sexuales en
♀ y ♂

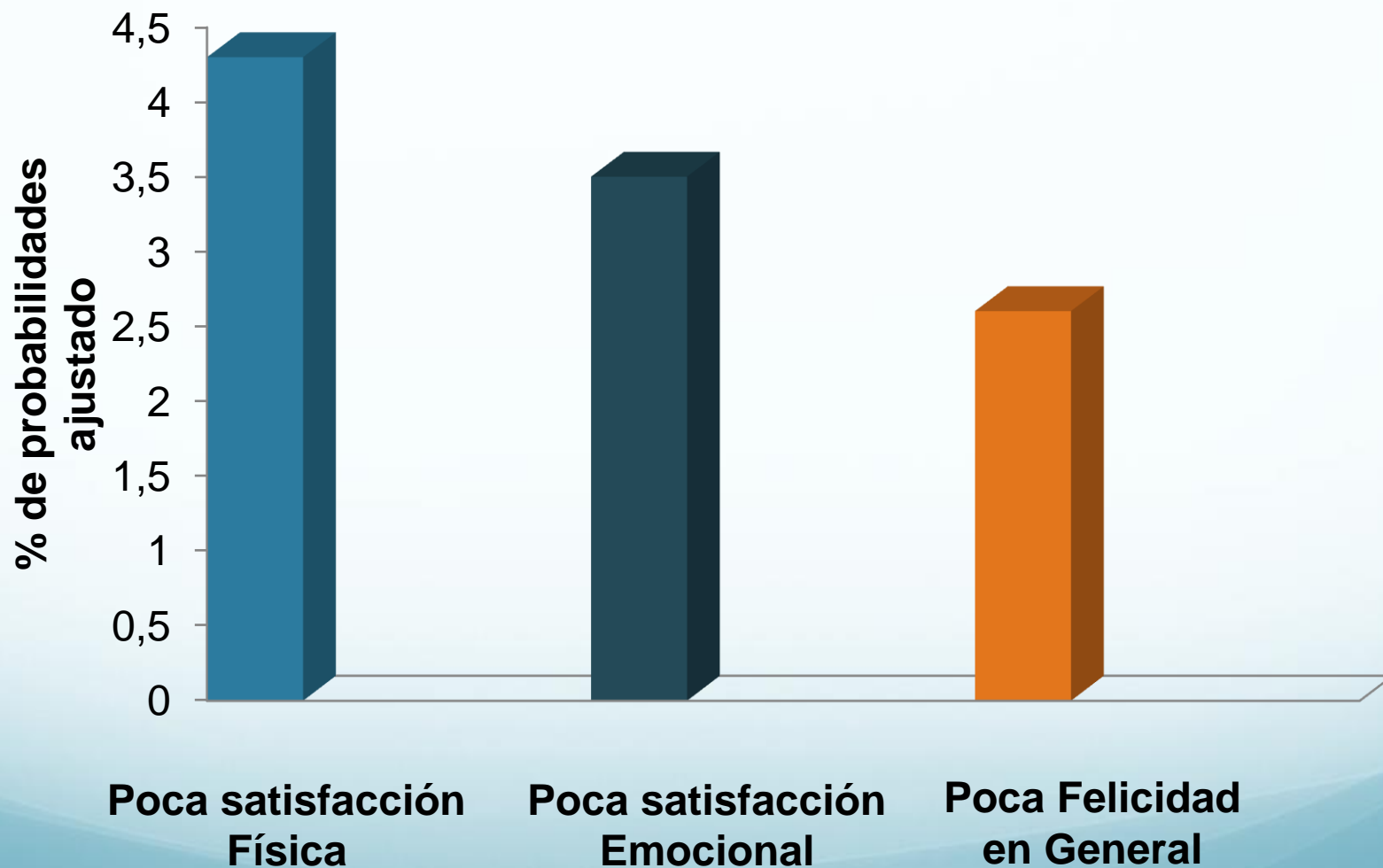
NO se tomó en cuenta **DISTRESS**

Población : 1749 ♀ }
1410 ♂ } 18-59 años

DSF → **43 %**



Impacto de la Disfunción Sexualidad en la calidad de vida



Adaptado de Launman E O et al, (1999), JAMA,281: 537-544

Barreras para la consulta

... “ Los problemas sexuales

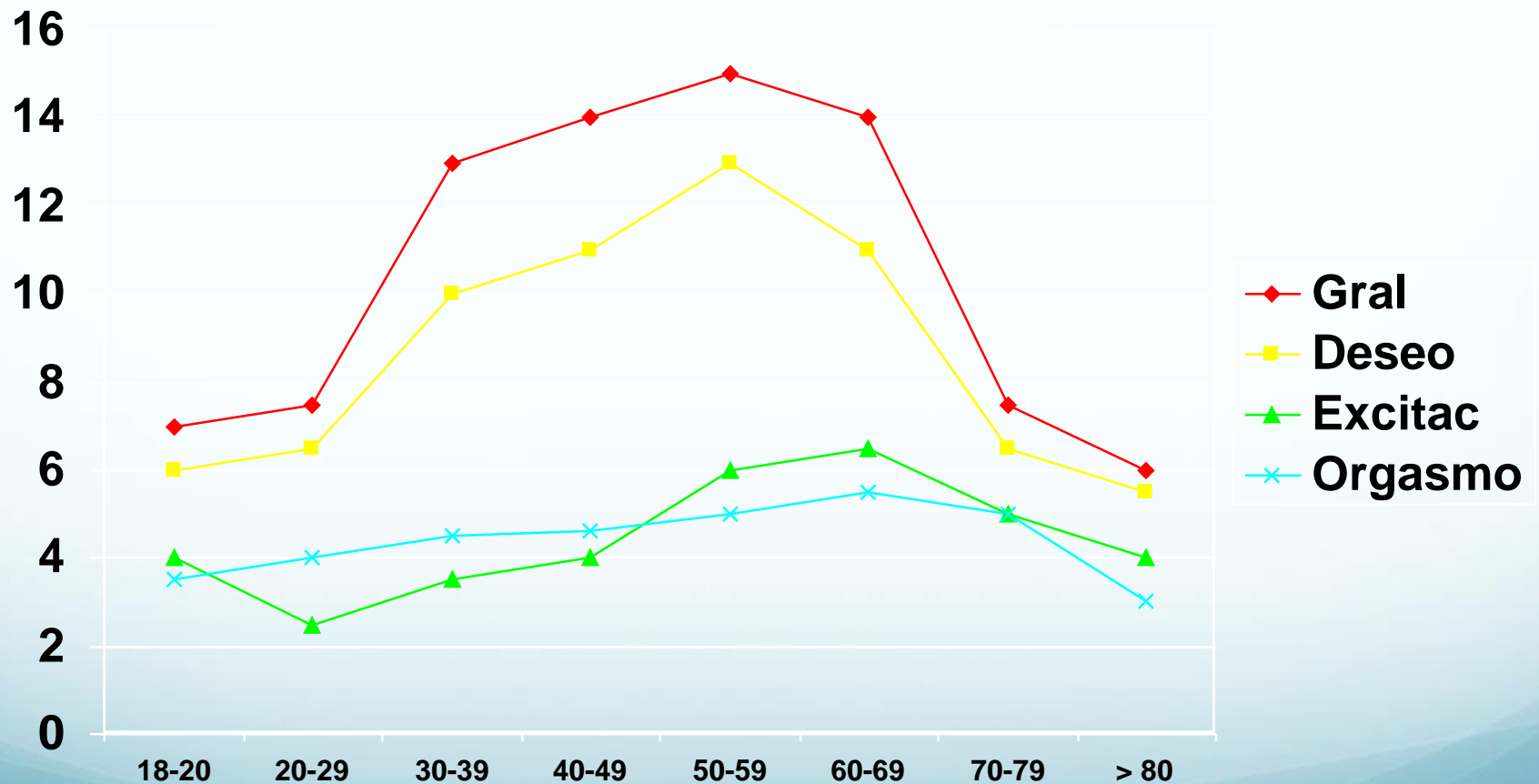
forman parte del

proceso natural del envejecimiento...”

Nappi R, Salonia A, Traish AM, et al. Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. J Sex Med 2005;2:4-25

Nappi RE, Domoney C. Pharmacogenomics and sexuality: a vision. Climacteric 2013;16(Suppl 1):25-30

Prevalencia de Desórdenes Sexuales en intervalos de 10 años



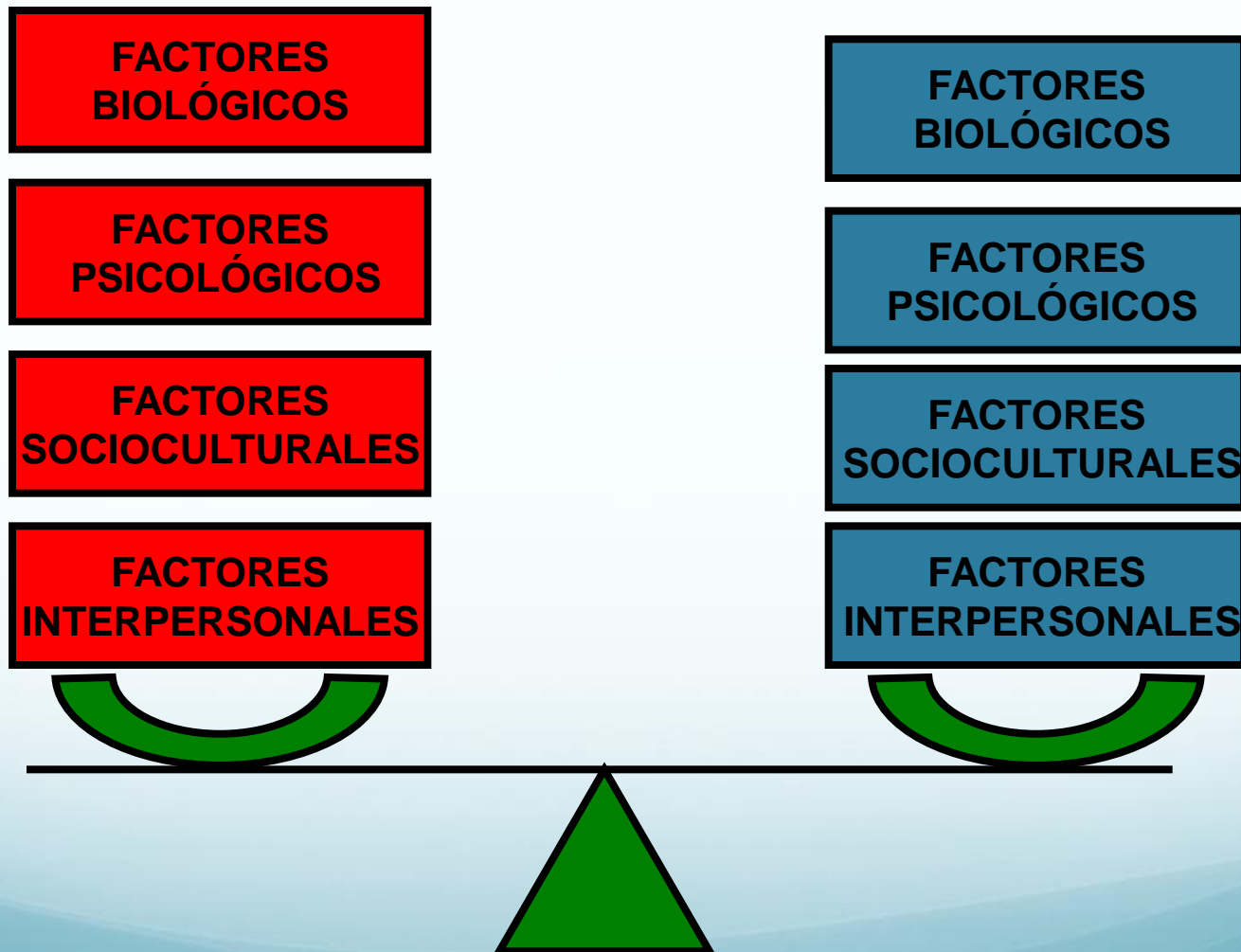
Barreras para la consulta

... “Nada se puede hacer
desde el punto de vista médico...”

Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. Climacteric 2010;13:103-20

Buster JE. Managing female sexual dysfunction. Fertil Steril 2013;100:905-15

THE *SEXUAL TIPPING POINT* MODEL

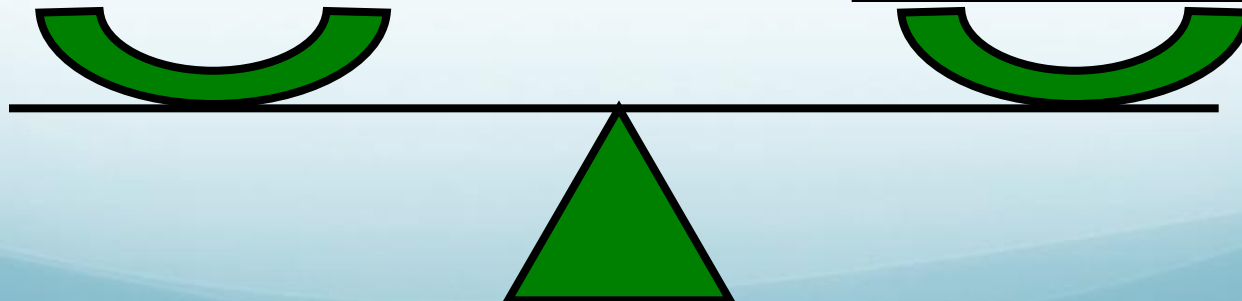
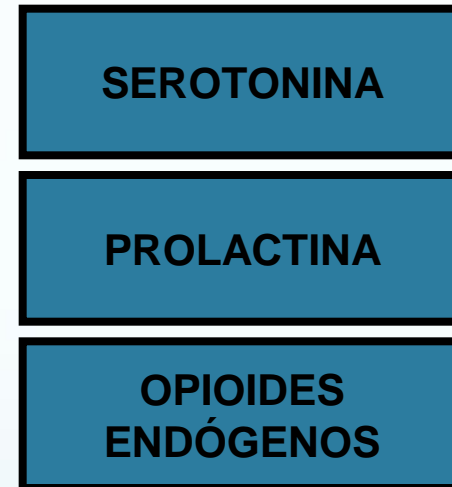


FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

EXCITACIÓN



INHIBICIÓN





**GÓNADAS
ADRENAL**

**E₂
To
P**

CLÍTORIS

SENSACIÓN

VASOCONGESTIÓN

5-HT

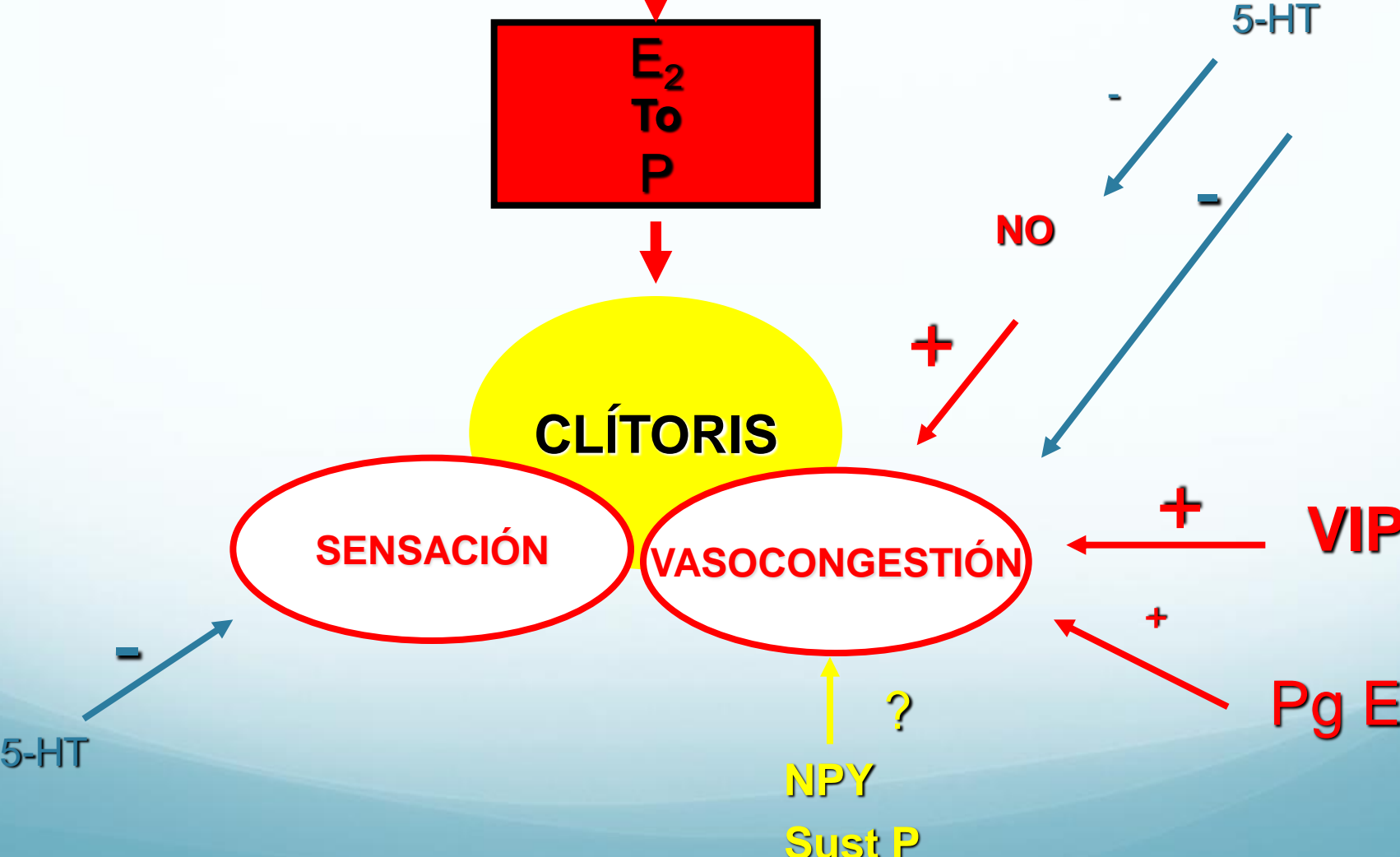
5-HT

NO

VIP

Pg E

**NPY
Sust P**



Abordaje Inicial

El primer paso para un tratamiento efectivo es :

PREGUNTAR

No se puede tratar una disfunción sexual

Si se desconoce su existencia

Abordaje inicial

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

NUMBER 119, APRIL 2011

Female Sexual Dysfunction

Female sexual dysfunction encompasses a number of conditions that are characterized by one of the following symptoms: loss of sexual desire, impaired arousal, inability to achieve orgasm, or sexual pain. A diagnosis of female sexual dysfunction is made when symptoms are sufficient to result in personal distress (1, 2). The adverse effect of female sexual dysfunction on the quality of life of affected women can extend into interpersonal relationships and the workplace. In North American culture, female sexual dysfunction is prevalent but often neglected in the health care setting because women are unlikely to discuss it with their health care providers unless asked (2). Talking about sexual function with patients may elicit anxiety in the physician and patient. Obstacles to discussing sexual health include a lack of adequate training and confidence in the topic, few perceived treatment options, inadequate clinical time to obtain a sexual history, patients' reluctance to initiate the conversation, and the underestimation of the prevalence of sexual dysfunction (2). The purpose of this document is to describe the basics of this disorder, including the physiology of the normal female sexual response; outline the criteria for diagnosis as listed in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR); highlight current management strategies based on available evidence; and target areas that require more study.

Background

During the 1950s, Kinsey and colleagues published landmark studies of sexual practices in the United States that examined the sexual lives of females (4). Masters and Johnson subsequently pioneered research efforts that expanded our scientific knowledge of the sexual response (5). They identified four physiologic stages of the sexual response: 1) excitement, 2) plateau, 3) orgasm, and 4) resolution. These stages are basic biologic responses influenced by psychologic, environmental, and physiologic factors. Later, a three-phase model was developed, consisting of 1) desire, 2) arousal, and 3) orgasm (6). A more complex, nonlinear model of female sexual response also has been proposed that integrates emotional intimacy, sexual stimuli, and relationship satisfaction (2).

Desire and arousal are difficult to distinguish as distinct entities, and desire does not always precede arousal. For many women, a sexual encounter may begin without any desire initially present. According to the DSM-IV-TR, sexual dysfunction generally is characterized as any sexual complaint or problem resulting from disorders of desire, arousal, orgasm, or sexual pain that causes marked distress or interpersonal difficulty (1). Because more than one female sexual dysfunction may exist in the same patient, it is important that the clinician determine which is the primary female sexual dysfunction and how common female sexual dysfunctions evolved over time.

Normal Sexual Response

Sexual arousal in women results in increased genital blood flow, swelling of the labia and vaginal walls, release

Committee on Practice Bulletins—Gynecology. This Practice Bulletin was developed by the Committee on Practice Bulletins—Gynecology with the assistance of John Foster, MD, Sheryl Knappberg, PhD, and Charles Kipatich, MD. The information is designed to aid practitioners in making decisions about appropriate obstetric and gynecologic care. These guidelines should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure. Variations in practice may be warranted based on the needs of the individual patient, resources, and limitations unique to the institution or type of practice.

Box 1. Brief Sexual Symptom Checklist for Women

Please answer the following questions about your overall sexual function:

1. Are you satisfied with your sexual function?
__ Yes __ No

If no, please continue.

2. How long have you been dissatisfied with your sexual function?

3a. The problem(s) with your sexual function is:
(mark one or more)

- 1 Problem with little or no interest in sex
- 2 Problem with decreased genital sensation (feeling)
- 3 Problem with decreased vaginal lubrication (dryness)
- 4 Problem reaching orgasm
- 4 [5] Problem with pain during sex
- 5 [6] Other:

3b. Which problem is most bothersome (circle)

1 2 3 4 5 [6]

[The problems were misnumbered in the source publication.—Ed.]

4. Would you like to talk about it with your doctor?
__ Yes __ No

Reprinted from Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:337–48. Review.

Abordaje inicial

Box 1. Brief Sexual Symptom Checklist for Women

Please answer the following questions about your overall sexual function:

1. Are you satisfied with your sexual function?

Yes No

If no, please continue.

2. How long have you been dissatisfied with your sexual function?

3a. The problem(s) with your sexual function is: (mark one or more)

- 1 Problem with little or no interest in sex
- 2 Problem with decreased genital sensation (feeling)
- 3 Problem with decreased vaginal lubrication (dryness)
- 4 Problem reaching orgasm
- 4 [5] Problem with pain during sex
- 5 [6] Other:

3b. Which problem is most bothersome (circle)

1 2 3 4 5 [6]

[The problems were misnumbered in the source publication.—Ed.]

4. Would you like to talk about it with your doctor?

Yes No

Reprinted from Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. J Sex Med 2010;7:337–48. Review.

DSM- V

FEMALE SEXUAL
INTEREST/AROUSAL
DISORDER

GENITO PELVIC PAIN/
PENETRATION
DISORDER

Componentes de una Historia Sexual

- Antecedentes médicos.
- Estado de salud actual.
- Historia reproductiva y status actual
- Evaluación del Eje Endócrino
- Evaluación Neurológica.
- Evaluación Cardiovascular.
- Evaluación de Enf. Psiquiátricas
- Evaluación Uroginecológica

HIPOTIROIDISMO

DBT

27 %

DEPRESIÓN

80 %

**Vejiga
Hiperactiva**

57 %

Componentes de una Historia Sexual

Exámen Físico-Ginecológico

Inspección de
Genitales Externos

Vaginismo
Atrofia/ distrofia vulvar
Vestibulitis
Adherencias
Cicatrices de episiotomía

Tacto vaginal
Monomanual

Enfermedad Rectal-Vaginismo
Mialgia del elevador
Cistitis intersticial- IU
Cicatrices Qx o Post RX

Tacto Vaginal
Bimanual

Miomas- Masas- quistes
Endometriosis

Especuloscopia
Y toma de PAP

Atrofia- HPV- Vaginosis-Cáncer
Cistocele- Rectocele- Histerocele.

Medicación con efectos sobre la sexualidad

PSICOTRÓPICOS

- Antidepresivos (IRSS, IMAO's)
- Antipsicóticos.
- Benzodiacepinas.
- Estabilizantes del ánimo.

Antihipertensivos

- Beta bloqueantes.
- Alfa bloqueantes.
- Diuréticos.

Agentes cardiovasculares

Hipolipemiantes
Digoxina

Bloq de receptores H2

HORMONAS

- ACO's
- Antiandrógenos.
- Análogos de GnRh.

Narcóticos

Anfetaminas

Anticonvulsivantes

Esteroides

TRATAMIENTO HORMONAL SISTÉMICO

ESTRÓGENOS

- “... incremento en el **deseo sexual y excitación**.”

Sherwin BB. The impact of different doses of estrogen and progesterone on mood and sexual behaviour in post menopausal women, J Clin Endocrinol Metab 1991,

- “ ... la terapia con estradiol transdérmico mejora la **frecuencia de actividad sexual, fantasías sexuales, grado de placer, lubricación vaginal y disminución de dolor** en comparación con el grupo placebo.”

- “... la frecuencia de orgasmos y la excitación sexual no aumentaron en el grupo con estradiol”

Nathorst-Boost J. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy?. A double blind placebo controlled study in post menopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993

Moduladores Hormonales

Tibolona

- Esteroide sintético
- Resultados similares a la terapia E2
- Beneficios similares a P y To
- Mejora el Deseo y la excitación en mujeres postmenopaúscas
- Aumento del flujo vaginal ante fantasías sexuales
- Aumenta lubricación vaginal y aumenta significativamente el Deseo
- Buena tolerancia

Tratamientos Hormonales locales

Promestriene

- 3 propyl- 17 B metil eter de E2
- Actúa a nivel de mucosa vaginal
- No altera los niveles sistémicos de Gonadotrofinas o E2
- No estimula endometrio.

Buen perfil de BIOSEGURIDAD

Del Pup L, Di Francia R, Cavaliere C et al. Promestriene, a specific topic estrogen. Review of 40 years of vaginal atrophy treatment. Is it safe even in cancer patients?

Tratamientos Hormonales locales

Promestriene

- Revierte la Atrofia Vaginal y su sintomatología
- ↑ Lubricación en epitelio atrófico
- ↓ Ph vaginal
- ↑ Glucógeno local
- Restaura Microflora : **↓ Infección
↓ Inflamación**

Buena EFICACIA

Del Pup L, Di Francia R, Cavaliere C et al. Promestriene, a specific topic estrogen. Review of 40 years of vaginal atrophy treatment. Is it safe even in cancer patients?

Tratamientos Hormonales locales

DHEA

- Precursor inactivo de Esteroides sexuales (Ováricos y Adrenales)
- Disminuye con la edad
- Por acción intrácrina se convierte en tejidos periféricos en Esteroides activos (E2 y Andrógenos).
- No posee absorción sistémica significativa
- Estudios en Fase III
 - **Revierten VVA** en 12 semanas
 - **Mejora Dispareunia**
 - **Mejora Disminución Deseo**
- Sin impacto en dosaje de Esteroides Sexuales séricos

Nuevo Tratamientos Hormonal

OSPEMIFENE

- SERM APROVADO POR FDA EN 2013
- TRATAMIENTO SISTÉMICO DE **DISPAREUNIA MODERADA A SEVERA** POR VVA
- MUY BUEN **EFFECTO ESTROGÉNICO SOBRE EPITELIO VAGINAL**
- MUY BUENA **SEGURIDAD EN MAMA Y ENDOMETRIO**
- BUENA TOLERANCIA
- **60 MG/DIA** : REVIERTE DISPAREUNIA EN 4 SEMANAS
- MEJORA FUNCIÓN SEXUAL EN 12 SEMANAS

Tratamientos No Hormonales

Agonistas Dopaminérgicos

Bupropion

- Agente antidepresivo Inhibidor de la Recaptación de Norepinefrina y Dopamina
- No posee efectos colaterales negativos sobre la función sexual en comparación con IRSS
- Se utiliza para potenciar la función sexual en ptes tratados con IRSS

Antídoto de la Disfunción Sexual inducida por IRSS

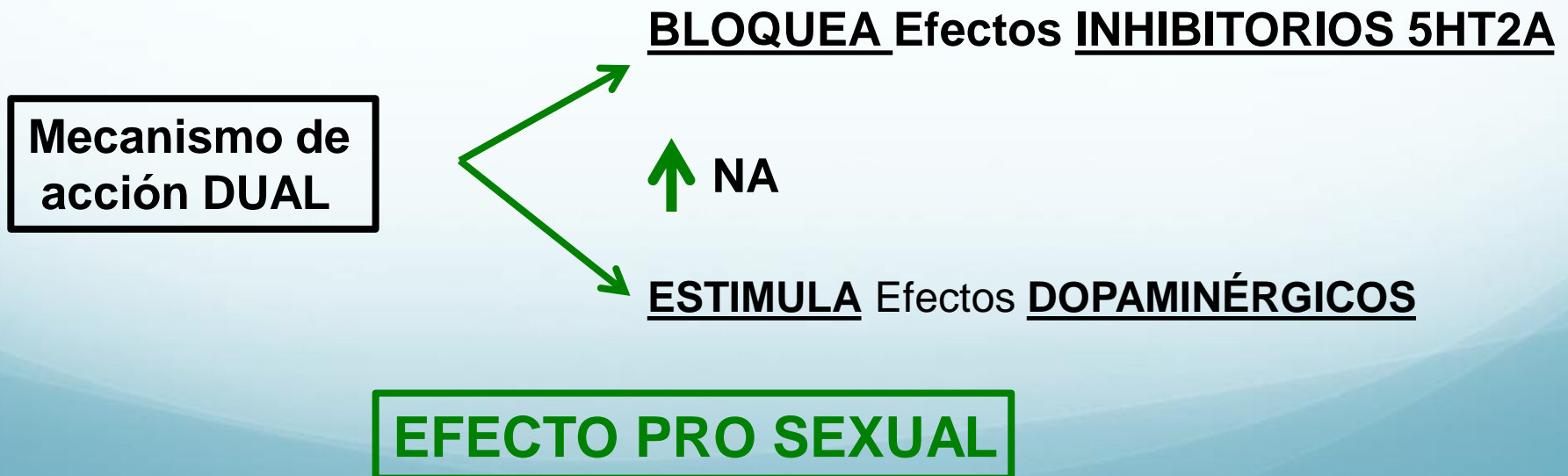
Tratamientos No Hormonales

Agonistas de 5HT1A

FLIBANSERIN

Agonista 5HT1A – Antagonista 5HT2A

Moderada afinidad a los R D2 Dopaminérgicos



Tratamientos No Hormonales

Agonistas de 5HT1A

FLIBANSERIN

- “...resultados estadísticamente significativos sobre Eventos Sexuales Satisfactorios y mediciones validadas de deseo sexual, distress sexual, función sexual global y perspectiva propia sobre la condición sexual previa al tratamiento...”

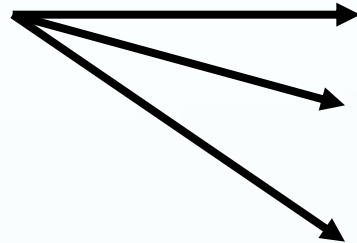
Derogatis L, Komer L, et al. Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in premenopausal Women: Efficacy of Flibanserin in the VIOLET Study. Journal of Sexual Medicine 2012, Vol 9: 1074-1085.

- “...buena tolerancia de los eventos sexuales satisfactorios con mejoras en el deseo sexual (FSFI) y disminución del distress...”

Thorp J, Simon J et al. Treatment of Hypoactive Sexual Desire in Premenopausal Women : Efficacy of Flibanserin in the DAISY Study. Journal of Sexual Medicine 2012, Vol 9: 793-804

Agentes de Acción Central

AGONISTAS DE LA MELANOCORTINA.



13 aa peptídico

Rtas conductuales y fisiologicas

Conducta sexual femenina y masculina

5 subtipos
Receptores



PROSEXUAL

Cta Alimentaria

Nocicepción

Rta al Stress



BREMELANOTIDE

- Análogo sintético de α MSH
- Alta afinidad por MC1 MC3 **MC4**
- Formulación subcutánea
- Efectos preclínicos beneficiosos sobre los componentes de la función sexual
- Aumento del flujo vaginal en respuesta a la estimulación sexual visual
- Fase III mujeres premenopausicas 67% aumento del deseo sexual

Nuevas Investigaciones: Farmacoterapia combinada a demanda

Combinar Fármacos con

Acción Dual

ACCIÓN CENTRAL

ACCIÓN PERIFÉRICA

+ MOTIVACIÓN SEXUAL

+ EFECTO VASOACTIVO

EVITAR LA ADMINISTRACIÓN CRÓNICA

Nuevas Investigaciones: Farmacoterapia combinada a demanda

ACCIÓN CENTRAL

T SUBLINGÜAL (0,5 mg)

BUSPIRONA (Ag 5 HT 1^a)



+ MOTIVACIÓN SEXUAL

+

+

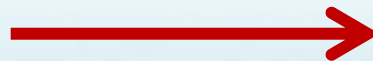
ACCIÓN PERIFÉRICA

Sildenafil (50 mg)

Vardenafil (10 mg)

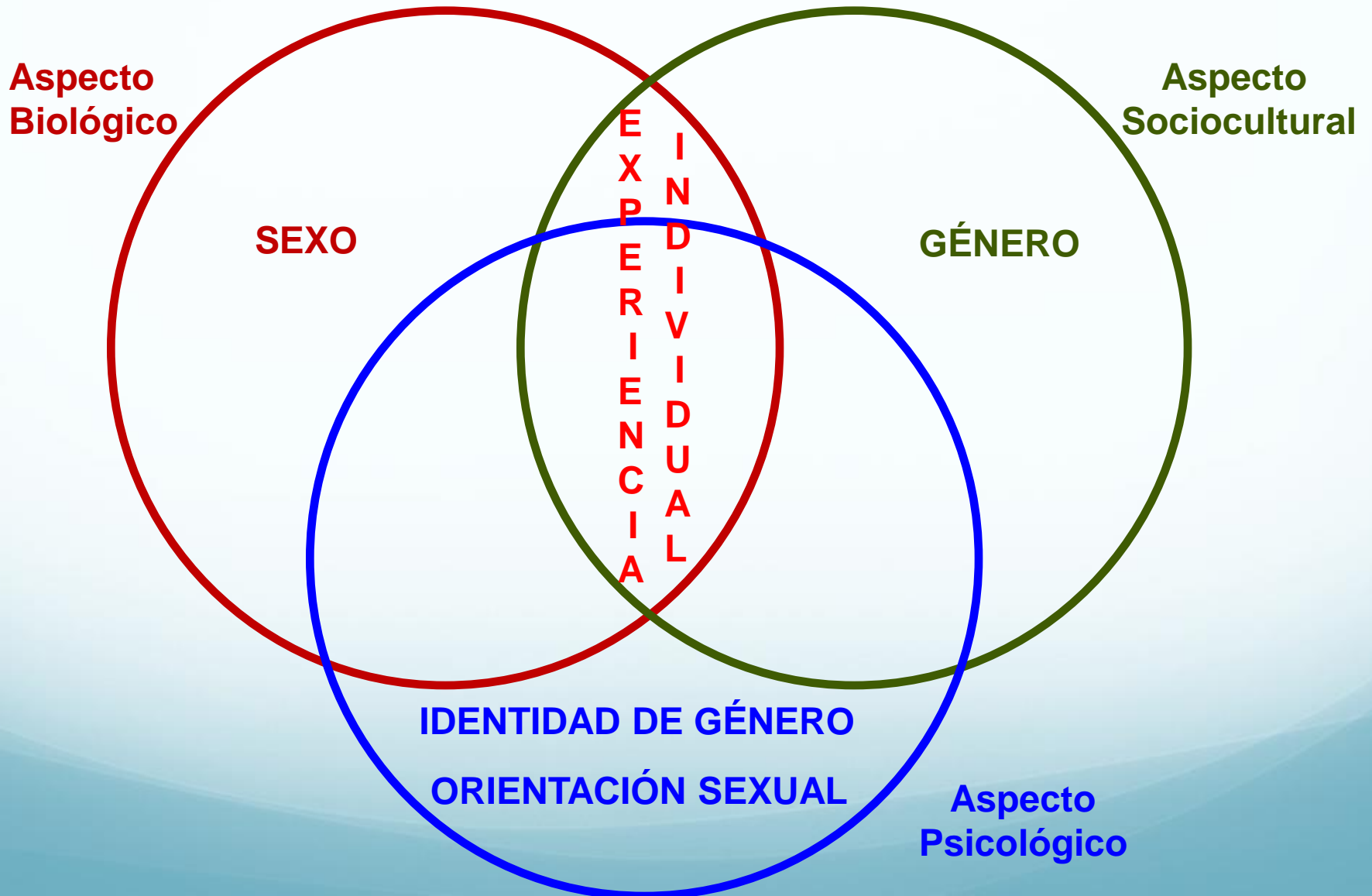


+ EFECTO VASOACTIVO



EVITAR LA ADMINISTRACIÓN CRÓNICA

SEXUALIDAD



**“ No se debe navegar un barco
con un sólo ancla ,
ni atar la vida
a una sólo esperanza”**

Epícteto, I dc.

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN