



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

Silva, José Miguel; Trujillo, Carlos Gustavo; Gutiérrez, Juan Martín
Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoidea
Revista Urología Colombiana, vol. XV, núm. 2, agosto, 2006, pp. 25-30
Sociedad Colombiana de Urología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120463005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoidea

Silva José Miguel⁽¹⁾, Trujillo Carlos Gustavo⁽²⁾ y Gutiérrez Juan Martín⁽³⁾

Urólogo, Jefe Unidad de Urología Hospital San Ignacio⁽¹⁾

Residente IV Urología, Universidad Javeriana⁽²⁾

Reumatólogo. Jefe Unidad de Reumatología, Hospital San Ignacio⁽³⁾

Bogotá, D.C. - Colombia

Resumen

Objetivos: Evaluar el grado de limitación para la actividad sexual en mujeres con artritis reumatoidea e identificar el dominio más afectado para así intervenir sobre él.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo analítico observacional. Los criterios de inclusión eran mujeres mayores de 18 años con artritis reumatoidea que desearan participar. Se les entregaba el cuestionario FSFI que debía ser llenado solo por aquellas con actividad sexual y una escala visual análoga de dolor, donde se marcaba el dolor no relacionado con la actividad sexual.

Se creó una base de datos en Excel y se realizó el análisis estadístico la prueba para datos no paramétricos de ManWhitney.

Resultados: Se incluyeron 45 mujeres con una edad promedio de 44.7 años (20-63). De ellas 32 (71%) refirieron tener actividad sexual constante en el último año. Las mujeres sin actividad sexual (13, (29%)) mostraron diferencias en edad y dolor que no fueron significativas ($p= 0.5$ y 0.23 respectivamente). La clase funcional fue de 2.3/4 para las pacientes sin relaciones y de 1.8/4 para aquellas con actividad sexual, diferencia que fue significativa ($p<0.001$.) El estado radiológico de la artritis en las mujeres que no tenían actividad sexual fue de 2.5/5 versus 1.6/5 en el grupo que sí tenía relaciones, con $p<0.0001$. Se aplicó el FSFI, y los puntajes obtenidos fueron: deseo 3.207 (VN 4.1 +/- 0.9), excitación 3.64 (VN 5 +/- 0.8), lubricación 4.25 (VN 5.6 +/- 0.8), orgasmo 4.32 (VN 4.9 +/- 1.5), satisfacción 4.26 (5.2 +/- 1.2), dolor 4.17 (VN 6), y el puntaje total fue de 23.1 para un puntaje total mínimo en pacientes sin riesgo de disfunción sexual de 26.

Conclusiones: Las mujeres con artritis reumatoidea cursan con disfunción sexual. El estado radiológico y la clase funcional tienen un impacto negativo sobre las relaciones. Los dominios más afectados son la excitación, lubricación y dolor relacionado con el coito, puntos sobre los cuales se podría intervenir.

Summary (Sexual disfunsion on women with reumathoidea arthritis)

Objectives: To evaluate the grade of limitation for sexual activity on women with reumathoidea arthritis and identify the most affected domain so it may be possible to work on it.

Materials and methods: A prospective analytical observational study. The inclusion criteria were women older than 18 years old with reumathoidea arthritis who would wish to participate. A FSFI application was given to them, to be filled out only by women with sexual activity, and a visual analogue scale of pain, where pain no related with sexual activity was outlined.

An excel database was made out, and the statistics analysis was done, the test for data no parametric of Man Whitney.

Results: 45 women were included with a 44.7 year old average (20-63). 32 of them (71%) said they had had constant sexual activity in the last year. Women without sexual activity (13, (29%)) showed differences in age and pain that were not significant ($p=0.5$ and 0.23 respectively). The functional case was 2.3/4 for patients without sexual relations and 1.8/4 for those with sexual activity, difference which was significant ($p<0.001$.) The arthritis radiological state in women who did not have sexual activity was 2.5/5 vrs.1.6/5 in the group that had sexual relations, with $p<0.0001$. FSFI was applied and the scores obtained were: desire 3.207 (VN 4.1 +/-0.9), excitation 3.64(VN 5+/-0.8), lubrication 4.25 (VN 5.6+/-0.8), orgasm 4.32 (VN 4.9+/-1.5), satisfaction 4.26(5.2 +/-1.2), pain 4.17 (VN 6), and the total score was 23.1 for a minimum total score in patients without risk of sexual dysfunction of 26.

Conclusions: Women with rheumatoid arthritis have along sexual dysfunction. The radiological state and the functional class have a negative impact on sexual relations. The most affected domains are excitation, lubrication, and pain related with the intercourse, topics on which it could be possible to interfere.

Introducción

La disfunción sexual femenina en un problema multifactorial, con componentes biológicos y sociales¹, con una prevalencia entre el 30 y 50% en países como Estados Unidos². Sin embargo, hasta hace unos años, era muy escasa la investigación sobre este tema, ya que no existía una clasificación clara de esta patología.

Hasta 1997 se contaba con dos definiciones. Una de ellas era la de la Organización Mundial de la Salud en su CIE-10. Allí se definía como “Una de las múltiples formas en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como el o ella lo deseaba”.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud publicó la definición de la Organización Americana de Psiquiatría (DSM IV) que incluyó la disfunción sexual femenina en su lista de trastornos mentales. La definición de la Organización Americana de Psiquiatría es “la disfunción sexual que causa malestar marcado y con dificultad interpersonal”³. En ella se incluían 6 alteraciones: deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, alteración de la excitación femenina, alteración en el orgasmo, dispareunia y vaginismo.

Por su parte la Asociación Americana de Psiquiatría, en su DSM IV, la definía como “las alteraciones en el deseo sexual y en los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y causan malestar marcado y con dificultad interpersonal”⁴. En ella se incluían 6 alteraciones: deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, alteración de la excitación femenina, alteración en el orgasmo, dispareunia y vaginismo.

Ambas definiciones estaban basadas en los modelos de respuesta sexual humana planteados inicialmente por Masters y Johnson en 1966⁵ y que fueron modificados años más tarde por Kaplan⁶, donde se contempla la existencia de cuatro fases (deseo sexual, excitación, orgasmo y resolución).

La diferencia entre estas definiciones hacía difícil entonces tener unos criterios claros para hacer el diagnóstico y de esta manera realizar estudios que permitieran intervenir sobre esta enfermedad altamente prevalente. Por ese motivo en 1998 la Fundación Americana para el estudio de Patologías Urológicas (AFUD) reunió un panel de expertos, del cual se derivó la siguiente clasificación¹:

1. Alteraciones en el Deseo sexual: Deseo Sexual Hipoactivo o Aversión Sexual.
2. Alteración en la excitación: falta de lubricación, disminución de sensación en labios y clítoris y falta de relajación del músculo liso vaginal.
3. Alteración Orgásmica
4. Alteraciones con Dolor Sexual: Dispareunia y Vaginismo.

Cada una de ellas se clasifica como A si es un trastorno primario (nunca ha tenido relaciones normales), B si es secundario y C según su causa (orgánico, emocional, mixto o desconocido).

El desarrollo de esta clasificación permite entonces dar un diagnóstico más preciso, aunque se advierte que una mujer puede tener alteraciones en más de una de las alteraciones.

Desde el momento en que se dio a conocer la nueva definición hubo múltiples intentos por desarrollar un instrumento de fácil aplicación que permitiera evaluar cada uno de los dominios. Fue así como en el año 2000 Rosen y colaboradores⁷ desarrollaron el “Índice de Función Sexual Femenina” (FSFI pos sus siglas en inglés), cuestionario de 19 preguntas de escogencia múltiple, donde se evalúan seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.)

La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica multisistémica, caracterizada por una sinovitis persistente que suele presentarse de manera simétrica en articulaciones periféricas. A pesar de que tiene un potencial destructivo importante, su curso es variable, pudiendo presentar algunos pacientes oligoartralgias leves y de corta duración, mientras que otros pueden ver comprometida su funcionalidad. La prevalencia calculada es de 0.3 a 2.1% de la población mundial, y el 75% de los casos se dan en mujeres. Su pico de incidencia se encuentra entre la cuarta y quinta décadas.⁸

El Colegio Americano de Reumatología desarrolló una clasificación para determinar las condiciones funcionales de pacientes con esta enfermedad. La clasificación va de 1 a 4, siendo las pacientes con clase funcional 4 las que tienen un mayor compromiso de sus actividades. Las personas que están en clase funcional 1, son personas sin limitación para el autocuidado ni para actividades avocacionales (recreativas y aquellas realizadas en el tiempo libre) o vocacionales (laborales, escolares y del hogar). La clase funcional 2 es aquella donde la persona tiene impedimento para realizar actividades vocacionales solamente, la 3 es aquella en la cual las personas logran tener actividades de autocuidado pero no las vocacionales ni las avocacionales, y la clase funcional 4 se refiere a la dependencia incluso para actividades de autocuidado.⁹

Dentro de los criterios diagnósticos y de progresión de la artritis reumatoidea, se incluyen estudios radiológicos. Larsen en 1977¹⁰⁻¹¹, hizo una descripción de los cambios óseos, articulares y periarticulares característicos de esta enfermedad. El evitar la progresión y aparición de los mismos es uno de los principales objetivos del tratamiento. La clasificación de Larsen se hace luego de evaluar cambios en varias articulaciones, y su escala es de uno a cinco, siendo el estado 5 el

más severo, el cual se caracteriza por anquilosis ósea. (Tabla 1)

Tabla 1. Estado Radiológico de la Artritis Reumatoidea

Indice de Larsen
1. Aumento en partes blandas,osteoporosis periarticular.
2. Erosiones y disminución del espacio intraarticular.
3. Mediana destrucción articular.
4. Severa destrucción articular.
5. Anquilosis ósea.

El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de limitación en la actividad sexual en mujeres con artritis reumatoidea, e identificar el dominio más afectado para así intervenir sobre él.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo analítico observacional.

Los criterios de inclusión eran mujeres mayores de 18 años que desearon participar en el estudio. A cada una de ellas se le entregó un sobre que contenía el consentimiento informado, datos básicos de identificación (edad, presencia o ausencia de actividad sexual) y además se llenaron datos de clase funcional y estado radiológico de la artritis. Se incluía también una escala visual análoga de dolor, donde la paciente marcaba el dolor que percibía en el día, no relacionado con la actividad sexual.

Aquellas pacientes quienes referían tener relaciones en el último año recibían el FSFI.

El FSFI es un cuestionario desarrollado por Rosen y colaboradores⁷ con el fin de brindar al cuerpo médico un instrumento psicométrico sencillo para identificar y graduar la disfunción sexual femenina. Consta de 19 preguntas donde se evalúan el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor. Cada pregunta tiene seis distractores, y cada dominio consta de un nú-

mero variable de preguntas (2 a 4). Para su interpretación, se suma el puntaje de cada una de las preguntas por dominio, y este se multiplica por un factor de corrección, de manera que se obtiene un valor entre 0 y 6, implicando el cero la ausencia de actividad sexual.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 45 mujeres con una edad promedio de 44.7 años (20-63). De ellas 32 (71%) referían tener actividad sexual constante en el último año. Las mujeres sin actividad sexual tenían un promedio de edad de 49.07 años (35-59) comparado con 42.96 (20-63) en el grupo que sí tenía relaciones; diferencia que no fue estadísticamente significativa, ($p=0.055$). El dolor promedio en el día (no relacionado con actividad sexual) era de 5.92 (4-10) y de 4.9 (0-9) en el grupo sin y con actividad respectivamente, diferencia esta que tampoco fue estadísticamente significativa ($p=0.23$). La clase funcional era de 2.3 (Rango de 2 a 4) para las pacientes sin relaciones y de 1.8 (Rango de 1 a 4) para aquellas con actividad sexual, diferencia esta que si fue estadísticamente significativa con $p<0.001$. El estado radiológico también tuvo impacto sobre las relaciones. Las mujeres que no tenían actividad sexual tenían un estado radiológico promedio de 2.5 versus 1.6 en el grupo que sí tenía relaciones, con $p<0.0001$. (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes con y sin actividad sexual

	Sin actividad	Con actividad	P
Np	13	32	
Edad	49.07	42.96	0,05
Estado	2,5	1,6	<,0001
Clase Funcional	2,3	1,8	<0,001
Dolor	5,9	4,9	0,23

Una vez aplicado el FSFI, se encontraron diferencias entre el grupo de artritis reumatoidea y los valores asumidos como norma-

les. Los puntajes obtenidos por las mujeres de nuestro grupo de estudio fueron: deseo 3.207 con valor en mujeres sanas de 4.1 +/- 0.9, excitación 3.64 (VN 5 +/- 0.8), lubricación 4.25 (VN 5.6 +/- 0.8), orgasmo 4.32 (VN 4.9 +/- 1.5), satisfacción 4.26 (5.2 +/- 1.2), dolor 4.17 (VN 6), y el puntaje total fue de 23.1 para un puntaje total mínimo en pacientes sin riesgo de disfunción sexual de 26. (Tabla 3).

Tabla 3. Puntaje de pacientes vs valor normal

Dominios	Casos	Valor normal
Deseo	3,207	4,1 +/- 0,9
Excitación	3,64	5 +/- 0,8
Lubricación	4,25	5,6 +/- 0,8
Orgasmo	4,32	4,9 +/- 1,5
Satisfacción	4,26	5,2 +/- 1,2
Dolor	4,17	6
Total	23,1	>= 26

Discusion

Hasta el momento sólo hay un estudio que intentó determinar los puntajes normales para el FSFI¹². El estudio incluyó 568 mujeres entre controles y mujeres con diagnóstico de deseo sexual hipoactivo, alteración en la excitación y alteración en el orgasmo. Se determinó que las mujeres sin disfunción sexual deberían tener un mínimo de 26 puntos.

Sin embargo anotan como los valores de la población normal de este estudio, son bastante similares con los del estudio piloto que se desarrollaron para validar el cuestionario, y con otros estudios como los publicados por los doctores Ferguson y colaboradores¹³, donde se evaluó el impacto de un medicamento antidepresivo a 20 mujeres sanas y 20 mujeres con alteración en la excitación, y otro publicado por la doctora Meston¹⁴ donde validó el FSFI en 71 mujeres con alteración en el orgasmo, 44 con deseo sexual hipoactivo y 71 controles.

Es muy poco lo que se ha escrito con respecto a la disfunción sexual en mujeres con

artritis reumatoidea. Kraaiamaat y colaboradores publicaron en 1996 un estudio donde se evaluaba el impacto que tenía el diagnóstico de artritis sobre la vida sexual¹⁵. Se incluyeron 118 mujeres, y se concluyó que el deterioro en la funcionalidad, el dolor y con menor frecuencia la depresión, eran responsables de que hubiese un menor interés en la actividad sexual. Estos datos son acordes con nuestros hallazgos, ya que hay una correlación entre la clase funcional y la presencia o ausencia de actividad sexual, siendo para el grupo sin actividad de 2.3 y el grupo con actividad de 1.8, con diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$). El estado radiológico, que también tiene impacto sobre la funcionalidad, demostró en nuestro trabajo que aquellas mujeres que no tienen relaciones tienen un estado mayor que aquellas que si llevan una vida sexual activa, siendo para el primer grupo de 2.5 y para el segundo de 1.6 con $p<0.0001$.

Gutweniger y colaboradores publicaron otro estudio donde se incluyeron 40 mujeres con Artritis Reumatoidea¹⁶. Encontraron que quienes tenían mayor rigidez articular, principalmente en las mañanas, referían tener menor satisfacción sexual. Su conclusión fue que de la funcionalidad dependía en gran medida el interés y la satisfacción.

Hill y colaboradores presentaron un estudio donde se incluyeron 71 personas con artritis reumatoidea. De ellas el 56% referían que la enfermedad había limitado sus relaciones sexuales, lo cual atribuían a fatiga y dolor básicamente, hallazgos compatibles con nuestros resultados¹⁷.

Hasta el momento no tenemos conocimiento de otros estudios realizados en nuestro medio donde se evalúe la satisfacción sexual en pacientes con artritis reumatoidea. Nuestros resultados muestran que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el dolor que se percibe a diario, entre aquellas activas o inactivas sexualmente, mientras que el estado radiológico y la clase funcional si tienen un impacto negativo.

Adicionalmente, al utilizar los datos obtenidos luego de la aplicación del FSFI, encontramos que el puntaje total (23.1) fue menor en nuestro grupo, que el valor normal sugerido para las mujeres sanas (26), lo que implica que las mujeres con esta enfermedad cursan con disfunción sexual. Los dominios que se alejaron más de los valores normales fueron la excitación, lubricación y el dolor relacionado con el acto sexual, mientras que el deseo, orgasmo y satisfacción, aunque ligeramente menores que los controles, están dentro de los límites de normalidad.

Los objetivos de nuestro trabajo se cumplieron; logramos determinar que las mujeres que padecen artritis reumatoidea están en riesgo de tener una disfunción sexual, e identificamos los dominios que más afectan su vida íntima.

Conclusiones

Las mujeres con artritis reumatoidea cursan con disfunción sexual. El estado radiológico y la clase funcional tienen un impacto negativo sobre las relaciones. Los dominios más afectados son la excitación, lubricación y el dolor relacionado con el coito, por lo cual la intervención debe ser dirigida a mejorar estos parámetros.

Bibliografía

1. Basson R., Berman J., et al: Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classification. *J Urol* 163:888-893, 2000.
2. Laumann E., Paik A., Rosen R.: Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA* 281:537-544,1999.
3. Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional de Enfermedades- Décima Revisión. OMS Génova 1992.
4. Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ta edición. Washington DC 1994.
5. Masters W., Jonhson V.,: *Human Sexual Response*. Boston, Little Brown ,1966.
6. Kaplan H.: *Disorders of Sexual Desire*. New York 1979.
7. Rosen R., Brown C., et al: The Female Sexual Function Index: A Multidimensional Self-report Instrument for the Assesment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 26:191-208, 2000.
8. Harrison's Principles of Internal Medicine.14th Edition,Vol 2,pg 1880-88,1997.
9. Hochberg M.,Chang R., et al: The American College of Rheumathology 1991 Revised Criteria for the Classification of Global Functional Status in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism* Vol 35, No 5, May 1992.
10. Larsen A., Kale K., et al: Radiographic Evaluation of Rheumatoid Arthritis and related Conditions by Standard Reference Films. *Acta Radiol Diagn* 1977;18:481-491
11. Kirwan JR. Using the Larsen Index to Asses Radiographic Progression in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2000;27:264-268.
12. Wiegel M., Meston C., Rosen R.: The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex and Marital Therapy* 31:1-20, 2005.
13. Ferguson D., Steidle C., et al: Randomized Placebo-controlled Double Blind Crossover Design Trial of the Efficacy and Safety of Zestra for Women in Women With and Without Female Sexual Arousal Disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy* 29 (s) 33-44,2003.
14. Meston C. Validation of the Female Sexual Function Index in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy* 29:39-46,2003
15. Kraaiamaat F.,Bakker A.: Intrusiveness of Rheumatoid Arthritis on Sexuality in Male and Female Pacients living with a Spouse. *Arthritis Care Res*,9:120-5,1996.
16. Gutweniger S., Kopp M., et al: Body Image of Women with Rheumatoid Arthritis. *Clin Exp-Rheumatol*, 17 (4): 413-417,1999.
17. Hill J., Bird H.: Effects of Rheumatoid Arthritis on Sexual Activity and Relationships. *Rheumatology* 2003, 42:280-286.