

IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA FUNCIÓN SEXUAL DE MUJERES CON VIH.

VERÓNICA ZALLIO,⁽¹⁾ LUIS MARCONI,^(1,2) PABLO PARENTI,^(1,2) MARCELA AGOSTINI,^{(1,2)*} SERGIO LUPO^(1,2)

1) Carrera de Medicina, Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina

2) Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación Clínica Integral (CAICI), Rosario

Resumen

Objetivo. Describir la función sexual de un grupo de mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral. Evaluar si existe diferencia entre las tratadas con un esquema que contiene Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI) y aquellas que reciben Inhibidores de la Proteasa (IP).

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal. Muestra: 92 pacientes mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, que son asistidas en el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación Clínica Integral (CAICI). Instrumento: Se les realizó una encuesta que consta de características demográficas, preguntas referidas al VIH y al *The Female Sexual Function Index* (FSFI). Análisis estadístico: se utilizó ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi cuadrado, regresión logística y alpha de Cronbach.

Resultados. Edad media: 42±10 años; 65% tenían pareja estable, siendo el 73% de estas sero-discordantes. La mayoría (45,7%) estaban en tratamiento antirretroviral por más de dos años, con una media de CD4 mayor a 500 células/ml y el 90% con carga viral plasmática indetectable. El 64,1% presentaba otra enfermedad asociada, por lo que el 55,4% tomaba medicación concomitante. El 27,2% continuó con su actividad sexual luego del diagnóstico de VIH, pero el 26,1% nunca la retomó. La puntuación total alcanzada por medio del FSFI fue de 20,4±10,1 para las tratadas con IP y 20±10,6 para las tratadas con INNTI ($p < 0,005$).

Conclusiones. La muestra analizada presentó un puntaje compatible con disfunción sexual. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la función sexual de las mujeres tratadas con IP y las tratadas con INNTI.

Palabras clave: función sexual femenina; disfunción sexual; VIH; tratamiento antirretroviral

IMPACT OF ANTIRETROVIRAL TREATMENT ON SEXUAL FUNCTION OF HIV-INFECTED WOMEN

Summary

Objective: To describe the sexual function in a group of women with HIV on antiretroviral treatment. To assess whether there is a difference between those treated with Non-nucleoside Inhibitors of the Reverse Transcriptase (NNRTI) and those receiving protease inhibitors (PIs).

Material and methods: Descriptive, transversal study. Study sample: 92 women with HIV on antiretroviral therapy who are assisted in the Central Institute of Integral Assistance and Clinical Research (CAICI). Instrument: They completed a survey consisting of questions about demographic characteristics, HIV, and The Female Sexual Function Index (FSFI). Statistical analysis: ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi-square, logistic regression and Cronbach's alpha.

Results: Average age was 42±10 years; 65% had a steady partner, of which 73% were sero-discordant. Most patients (45.7%) had been on antiretroviral treatment for more than two years, with a mean CD4 greater than 500 cells/ml and 90% with undetectable plasma viral load. Other illnesses were present in 64.1%, and 55.4% were taking concomitant medication. Sexual activity after HIV diagnosis was continued by 27.2%, while 26.1% never resumed it. The total score achieved by the FSFI was 20.4±10.1 among those treated with IP and 20.0±10.6 among those treated with NNRTI ($p < 0.005$).

Conclusions: The score in the present sample supports the existence of sexual dysfunction. There was no statistically significant difference in the sexual function of women treated with either PI or NNRTI.

Key words: female sexual function; sexual dysfunction; HIV; antiretroviral treatment

* Correo electrónico: agostinimarcela8@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano. Es el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que en conjunto influyen en la función sexual de las mujeres, pero este impacto puede variar entre las diferentes personas e incluso entre los diferentes países, influenciado por distintos factores biológicos y socioculturales.^{1,2}

Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana.³

Un gran avance ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1) trastornos del deseo; 2) trastornos de la excitación; 3) falla orgásmica; y 4) dolor sexual.⁴

La sexualidad conceptualmente compromete no solo procesos psicológicos sino también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere solo a aspectos psicológicos. El *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions* desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción.⁵

La investigación sobre la sexualidad de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha centrado principalmente en la comprensión de los factores asociados con prácticas sexuales de riesgo y la evaluación de la eficacia de las intervenciones destinadas a modificar estas conductas; pero poco es lo que sabe acerca de las experiencias sexuales y adaptaciones de las personas que viven con VIH.⁶

Existen pocos estudios que examinan las relaciones sexuales y sus dificultades en mujeres VIH desde el advenimiento de la medicación antirretroviral, aunque la mayor longevidad puede renovar el interés en este aspecto de la calidad de vida. Hay evidencia que la reducción del interés sexual puede estar asociado con la medicación antirretroviral, en particular con los inhibidores de la proteasa (IP), tanto en hombres como mujeres.^{7,8}

En un estudio europeo se evaluó la disfunción sexual en las mujeres VIH con el cuestionario *The Female Sexual Function Index* (FSFI) y se llegó a la conclusión de que los factores psicológicos (depresión, irritabilidad, ansiedad) y el diagnóstico del VIH en sí, tenían más probabilidades de ser los principales impulsores de las

dificultades sexuales y no necesariamente el comienzo del tratamiento antirretroviral.⁹

El objetivo principal de este estudio es describir la función sexual en un grupo de mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral. Los objetivos secundarios son comparar la función sexual de las pacientes tratadas con inhibidores de la proteasa (IP) con la de las tratadas con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI) y discriminar las alteraciones que se produzcan en el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y la presencia del dolor en el acto sexual en cada grupo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Pacientes. La muestra estuvo constituida por un total de 92 mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, que son asistidas en el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación Clínica Integral (CAICI), de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre mayo y septiembre de 2013. Esta muestra fue separada en dos grupos de 46 sujetos cada uno, comparando las mujeres con esquema terapéutico basado en IP versus las tratadas con INNTI, que en los 6 meses previos hubieran mantenido el mismo esquema antirretroviral.

Se solicitó la autorización correspondiente a la institución, así como el consentimiento informado a las pacientes por escrito.

Criterios de inclusión. Mujeres mayores de 18 años con serología positiva para el VIH (ELISA y WB) que hubieran recibido un mismo esquema antirretroviral en los últimos 6 meses.

Criterios de exclusión. Mujeres embarazadas o en lactancia, con complicaciones oportunistas o neoplásicas en actividad y/o alguna condición psíquica o clínica donde el investigador consideraba que la persona era incapaz de contestar el cuestionario en forma adecuada.

Diseño. Estudio de tipo observacional, de corte transversal y descriptivo. La encuesta evalúa características demográficas, preguntas referidas al VIH y el *The Female Sexual Function Index* (FSFI), que es un cuestionario autoadministrado desarrollado por Rosen y col., posteriormente validado por Meston, diseñado específicamente para evaluar la salud sexual femenina y detectar la disfunciones sexuales. Este cuestionario evalúa 6 dominios de la función sexual femenina durante las últimas 4 semanas: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción, y Dolor. El puntaje de cada do-

minio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, con un puntaje mínimo de 2 y un máximo de 36 puntos. A mayor puntaje mejor sexualidad.

Análisis estadístico. Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), los resultados se expresaron como media \pm desviación estándar, para un nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas

La edad media de las 92 encuestadas fue de 42 ± 10 años (rango: 20-72 años). El 92% tenía como mínimo primaria completa, 39% eran solteras, 65% tenía pareja estable, siendo 73% de éstas serodiscordantes (Tabla I).

La cantidad de CD4 promedio de todas las mujeres fue de 607,2 células/ml y 90% tenían carga viral plasmática indetectable. El 45,7% estaba tomando el mismo esquema antirretroviral durante un rango de 2 a 5 años.

El 64,1% presentaban otra enfermedad, entre las más frecuentes, hipertensión arterial (HTA) (16%), hipotiroidismo (14%) y depresión (13%). Debido a ello más de la mitad de las pacientes (55,4%) tomaba medicación concomitante (Tabla II).

Función sexual durante las últimas 4 semanas

Del total de las pacientes encuestadas, 25 no continuaron con actividad sexual luego del diagnóstico. De las mujeres que tenían pareja estable el 27,2% ($n = 18$)

continuaron con actividad sexual sin alteraciones. El resto (49 mujeres) vio disminuida su actividad sexual en las 4 semanas previas; entre las causas más frecuentes figuran el diagnóstico del VIH (33,7%), falta de pareja (26,1%) y depresión (21,7%). Ver Tabla III.

El análisis del FSFI, discriminando según el tipo de tratamiento antirretroviral, permitió conocer que en los dominios: deseo y excitación las pacientes tratadas con IP presentaban un puntaje levemente inferior a las tratadas con INNTI. En lubricación, satisfacción y dolor, las pacientes tratadas con IP presentaban un puntaje superior a las tratadas con INNTI. En el dominio orgasmo, ambos grupos tienen puntajes iguales. La puntuación total alcanzada por medio del FSFI fue de $20,4 \pm 10,1$ para las tratadas con IP y $20 \pm 10,6$ para las tratadas con INNTI; esta diferencia no fue estadísticamente significativa (Tabla IV).

DISCUSIÓN

En relación a las características de la población estudiada, la edad promedio fue de 42 años. El 65% de las mujeres tenía pareja estable, siendo el 73% de estas VIH negativo. Del total de las mujeres evaluadas el 58,7% tenían una fecha de diagnóstico de VIH mayor a 5 años. El 45,7% estaba tomando el mismo esquema antirretroviral durante 2-5 años.

La puntuación total alcanzada por medio del FSFI fue de 22,6 para las tratadas con IP y 23 para las tratadas con INNTI. Según los autores del test FSFI, una puntuación total de $\leq 26,55$ o una puntuación individual en uno de los dominios de $\leq 3,6$ sugiere disfunción sexual femenina.

En base a estos criterios de puntuación establecidos podemos afirmar que la población de mujeres estudiadas se encuentra por debajo del promedio, calificando como sexualmente disfuncionales.

Tabla I. Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas.

Grupo	Edad	Escolaridad		Estado civil	
	n (%)	Nivel	n (%)	Situación	n
20-29	12 (13%)	Ninguno	7 (7,5%)	Soltera	36 (39%)
30-39	26 (28%)	Medio	28 (30,6%)	Casada	10 (11%)
40-49	36 (40%)	Técnico	43 (46,7%)	Conviviente	21 (23%)
50-59	15 (16%)	Superior	14 (15,2%)	Separada	20 (22%)
≥ 60	3 (3%)			Viuda	5 (5%)
Total	92 (100%)		92 (100%)		92 (100%)

Tabla II: CD4. Carga viral. Tiempo que llevan tomando antirretrovirales. Comorbilidades. Medicación concomitante.

Cantidad de CD4	
<250	11 (12%)
250-500	32 (34,8%)
500-750	22 (23,8%)
>750	27 (29,4%)
Carga viral	
Detectable	9 (9,8%)
Indetectable	83 (90,2%)
Tiempo que toma ARV	
<2 años	33 (35,8%)
2-5 años	42 (45,7%)
>5 años	17 (18,5%)
Comorbilidades	
Presentes	59 (64,1)
Ausentes	33 (35,9)
Medicación concomitante	
Sí consume	51 (55,4)
No consume	41 (44,6)

No hubo diferencia en la función sexual de las mujeres evaluadas con uno u otro tratamiento en todos los dominios estudiados y en la función sexual total. La función sexual de las mujeres no se encuentra afectada por el tipo de tratamiento antirretroviral empleado. Estos resultados coinciden con los de un trabajo realizado en siete centros de Europa,⁹ en el que se analizó la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual en las mujeres VIH-positivas. De las 166 mujeres encues-

Tabla III. Causas de disminución de la actividad sexual.

MOTIVO	Porcentaje
Diagnóstico de VIH	33,7%
Falta de pareja	26,1%
Depresión	21,7%
Miedo a contagiar	17,4%
Dificultad en su relación con la pareja	14,1%
Tratamiento antirretroviral	8,7%
Problemas físicos	8,7%
Dificultades económicas/laborales	6,5%
Hijos	4,3%

tadas, el promedio de edad fue de 36 años, tenían una fecha de diagnóstico de VIH de 7,2 años. La mayoría de las mujeres estaban utilizando actualmente tratamiento antirretroviral (79%) y menos de una cuarta parte habían sido tratadas previamente con antirretrovirales (21%). En el momento de la encuesta, la mayoría de las mujeres estaban tomando regímenes con IP (54,41%) o INNTI (42,32%). La mediana de duración del tratamiento actual fue de 11,5 meses. La prevalencia de las patologías concomitantes fueron: diabetes mellitus en una de las mujeres (0,6%), hipertensión arterial en 6 (3,6%), neuropatía en 16 (9,6%) y enfermedad psiquiátrica en 2 (1,2%). En el momento de la encuesta, un pequeño número de mujeres estaba usando la medicación

Tabla IV. Función sexual durante las últimas 4 semanas: puntuación FSFI total y comparación de tratamiento con IP versus INNTI.

	Rango	Total: 92 Mediana (Rango ICR)	IP: 46 Mediana (Rango ICR)	INNTI: 46 Mediana (Rango ICR)
Deseo	1 a 5	3,6 (1,8)	3,6 (1,8)	3,6 (1,8)
Excitación	0 a 5	3,3 (2,78)	3,0 (2,93)	3,3 (2,85)
Lubricación	0 a 5	3,9 (3,0)	3,6 (2,63)	3,9 (3,4)
Orgasmo	0 a 5	3,6 (2,1)	3,6 (1,9)	3,8 (2,6)
Satisfacción	0,8 a 5	4,4 (3,2)	4,4 (3,1)	4,0 (3,7)
Dolor	0 a 5	4,8 (2,5)	5,2 (2,4)	4,4 (3,3)
Score total	2 a 36	22,7 (13,7)	22,6 (13,1)	23,0 (16,3)

ICR: rango intercuartílico; IP: inhibidores de proteasa; INNTI: inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa.

concomitante, capaz de interferir en el funcionamiento sexual (tales como drogas antidepresivas en el 2% y antihipertensivas en el 4% de los casos). La puntuación media total en el funcionamiento sexual sobre las últimas cuatro semanas fue de 25,2 (rango intercuartílico de 19,3). Este estudio concluyó que los factores psicológicos (depresión, irritabilidad y ansiedad) y el diagnóstico del VIH tenían más probabilidades de ser los principales impulsores de la disfunción sexual, y no necesariamente el comienzo del tratamiento antirretroviral.

Los estudios a nivel mundial sobre la relación del tratamiento antirretroviral y la disfunción sexual han sido escasos, y en pacientes que han recibido inhibidores nucleósidos (INTI) o INNTI no se ha observado. Sin embargo en aquellos pacientes que han tomado IP se ha reportado principalmente ausencia o disminución de la libido (89%), disfunción eréctil (86%), alteraciones en el orgasmo (68%) e imposibilidad para eyacular (59%). No se ha observado dentro de los IP una droga que predomine como causante de disfunción sexual, tampoco se conoce la causa exacta. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en pacientes tratados con IP o sin ellos.¹⁰⁻¹²

No se pueden considerar estos resultados como absolutos, ya que son basados principalmente en pacientes

masculinos. Por otra parte, muchos de los IP analizados (de primera generación) ya no son de administración frecuente en nuestro medio.

Es difícil evaluar exclusivamente el tratamiento antirretroviral, debido a que las mujeres muchas veces están condicionadas por diferentes causas: carencias culturales, socio-económicas y afectivas; por otra parte la mayoría de ellas conllevan otras enfermedades concomitantes y la necesidad de otros tratamientos conjuntos. También se observó en este estudio que muchas mujeres luego de recibir el diagnóstico del VIH no retomaron su actividad sexual. Todas éstas pueden ser posibles causas de disfunción sexual.

A modo de conclusión podemos decir que la muestra analizada presentó un puntaje compatible con disfunción sexual. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la función sexual de las mujeres tratadas con IP y las tratadas con INNTI. Es por esto que no está claro si los problemas sexuales son causados por la enfermedad, por su tratamiento o por factores psicológicos.

(Recibido: julio de 2014.

Aceptado: septiembre de 2014)

Referencias

1. Rivas Muro M, Cavero R. *Disfunción sexual femenina: un problema frecuente con atención creciente*. Rev Chil Obstet Ginecol 77: 80-1, 2012.
2. Blumel JE, Binfa L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. *Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer*. Rev Chil Obstet Ginecol 69: 118-25, 2004.
3. McCoy NL. *Methodological problems in the study of sexuality and the menopause*. Maturitas 29: 51-60, 1998.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association; Washington DC, 1994.
5. Basson R, Berman J, Burnett A, y col. *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 163: 888-93, 2000.
6. Schiltz M, Sandfort TGM. *HIV-positive people, risk and sexual behavior*. Social Science and Medicine 50: 1571-88, 2000.
7. Brown G, y col. *Sexual dysfunction in HIV seropositive women without AIDS*. J Psychol Human Sexual 17: 73-97, 1995.
8. Schrooten W, Coleblunders R, Youle M, y col. *Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment*. AIDS 15: 1019-23, 2001.
9. Florence E, Schrooten W, Dreezen C, y col.; Eurosupport Study Group. *Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in HIV-positive women Europe*. AIDS Care 16: 550-7, 2004.
10. Lallemand F, Salhi Y, Linard F, Giami A, Rozenbaum W. *Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors*. J Acquir Immune Defic Syndr 30: 187-90, 2002.
11. Siegel C, Schrimshaw E, Lekas H. *Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic*. Arch Sex Behav 35: 437-49, 2006.
12. Denis A, Hong S-M. *Sexual functioning of women with HIV: a comparison with non-HIV women*. Can J Human Sexual 12: 97-107, 2003.