



Contenido desarrollado por el comité de  
salud de la mujer

**INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF WOMEN'S SEXUAL  
HEALTH CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE USE OF  
SYSTEMIC TESTOSTERONE FOR HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE  
DISORDER IN WOMEN. J SEX MED. 2021 MAR 29:S1743-  
6095(20)30982-6**

**DRA. KAREN LORENA PALACIOS**

Médica internista, endocrinóloga, MsC (c) en epidemiología clínica. Grupo académico de investigación en epidemiología clínica (GRAEPIC) Universidad de Antioquia. Clínica Diagnóstica Especializada VID. Grupo de obesidad AMECE - Asociación Médica de Cuidado Endocrino. Miembro de número de la ACE, Medellín.



**Asociación Colombiana  
de Endocrinología,  
Diabetes y Metabolismo**  
Fundada en 1950



## **International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Sex Med. 2021 Mar 29:S1743-6095(20)30982-6**

La testosterona ha sido una terapia importante basada en la evidencia, aunque controvertida, para las mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH). Durante las últimas 2 décadas, múltiples publicaciones que consisten en investigaciones originales, revisiones y metaanálisis han apoyado el uso de la terapia con testosterona para el TDSH en mujeres posmenopáusicas.

Para tratar de homogeneizar conceptos acerca de esta controvertida terapia en mujeres con TDSH, The Journal of Sexual Medicine en marzo del 2021 publica una Guía de Práctica Clínica en donde se resaltan los siguientes puntos:

- Ante el diagnóstico de TDSH evaluar primero factores modificables: Medicamentos (antidepresivos, antihipertensivos), sucesos vitales (embarazo, lactancia, cirugía) y problemas en la relación de pareja, exámenes complementarios a la testosterona total y SHBG (prolactina, función tiroidea, estradiol, progesterona, LH)
- Las posibles candidatas a testosterona son mujeres posmenopáusicas que presentan una disminución en el interés sexual con o sin disminución de la excitación que causa suficiente preocupación personal o interpersonal (angustia) como para buscar tratamiento.
- Las mujeres no deben recibir terapia con testosterona si tienen signos de exceso de andrógenos clínicos (es decir, acné, hirsutismo, alopecia androgénica) o si están usando un medicamento antiandrogénico (p. Ej., finasterida, dutasterida).
- Si hay antecedente de neoplasia hormonodependiente se debe evaluar el manejo con el oncólogo/mastólogo tratante.
- Las mujeres con una concentración alta de SHBG tienen menos probabilidades de experimentar beneficios del tratamiento.



- El tratamiento transdérmico proporciona la forma más fisiológica de terapia de reemplazo para las mujeres administrada en forma de parche, gel, crema o aerosol. Los datos respaldan la eficacia de la testosterona transdérmica para el tratamiento de HSDD sin evidencia de efectos adversos graves a 24 meses en los ensayos clínicos.
- Aunque los implantes (pellets) de testosterona se han utilizado ampliamente, pueden resultar en niveles suprafisiológicos, no permiten la titulación de la dosis, y por lo tanto no se recomiendan.
- Debido a los efectos adversos relacionados con la seguridad a corto plazo, no se recomiendan las inyecciones intramusculares ni las preparaciones orales de testosterona.